

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 février 1883 à 1 heure

PAR

A.-H. ROBERT JAMIN

NÉ A PARIS LE 21 MARS 1854

Ancien interne des hôpitaux de Paris

(Tenon, Midi, Saint-Antoine, Necker)

Médaille de bronze de l'Assistance publique (Internat 1882)

Membre de la Société anatomique et de la Société clinique

ÉTUDE

SUR L'URÉTHRITE CHRONIQUE BLÉNNORRHAGIQUE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président..... M. F. Guyon, professeur.

Juges..... MM. { Potain.
Terrillon.
Straus.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 110

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 février 1883 à 1 heure

PAR

A.-H. ROBERT JAMIN

NÉ A PARIS LE 21 MARS 1854

Ancien interne des hôpitaux de Paris
(Tenon, Midi, Saint-Antoine, Necker)

Médaille de bronze de l'Assistance publique (Internat 1882)
Membre de la Société anatomique et de la Société clinique

ÉTUDE

SUR L'URÉTHRITE CHRONIQUE BLENNORRHAGIQUE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président..... M. F. Guyon, professeur.

Juges..... MM. { Potain.
Terrillon.
Straus.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	X.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
Clinique médicale.....	{ S E (G.)
	{ LASÈGUE.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ PARROT.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RICHEL.
	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	TRÉLAT.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, che des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : A. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE
ET DE MON ONCLE JULES JAMIN

A MON EXCELLENT PÈRE
ET A MA MÈRE CHÉRIE
DONT JE NE SAURAI JAMAIS ASSEZ RECONNAÎTRE LES BONTÉS

A MON ONCLE VICTOR KLEIN ET AUX SIENS

A MA MARRAINE

A MES COUSINS
FERNAND, ÉMILE, MAURICE ET RAOUL JAMIN

A MES AUTRES PARENTS
ET A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0028

A MON BIEN CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR F. GUYON

Professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
(EXTERNAT 1877. — INTERNAT 1882)

A MON EXCELLENT ET SAVANT MAÎTRE

LE PROFESSEUR U. TRÉLAT

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
(INTERNAT 1881)

AU PROFESSEUR VULPIAN

Membre de l'Institut, doyen honoraire
Et professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine
Médecin à l'Hôtel-Dieu
(STAGE 1876. — EXTERNAT 1878, A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ)

RESPECTUEUX HOMMAGE DE MA VIVE RECONNAISSANCE...

AU DOCTEUR SIMONET

Médecin à l'hôpital du Midi

AFFECTUEUX SOUVENIR DE MON INTERNAT DANS SON SERVICE EN 1879

ET DE MES DIX ANNÉES D'ÉTUDES MÉDICALES

A MES DEUX BIEN CHERS MAITRES

LE DOCTEUR CH. PÉRIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine
(INTERNAT 1880)

ET

LE DOCTEUR TH. ANGER

Chirurgien de l'hôpital Cochin
(INTERNAT 1879 A L'HOPITAL TENON)

A MON PREMIER MAITRE EN MÉDECINE

LE DOCTEUR LAPOINTE

Médecin-Directeur de l'asile public d'aliénés de Moulins (Allier)
SOUVENIR DE 1873 A L'ASILE DE SAINT-DIZIER (HAUTE-MARNE)

AU DOCTEUR G. DIEULAFOY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
(EXTERNAT 1878)

AUX DOCTEURS BOUILLY ET CH. MONOD

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine
Chirurgiens des hôpitaux
(1881 et 1882)

A MES MAITRES ET A MES AMIS

LES D^{rs} CAMPENON, HUTINEL ET SEGOND

INTRODUCTION

« Les chirurgiens ont souvent lieu de s'enorgueillir
» de la certitude et de la précision de leur art ; mais,
» en présence de certaines affections, ils sont con-
» damnés à cet humiliant aveu que bien des problèmes
» chirurgicaux réclament encore une solution.... »
Telle est la traduction à peu près littérale d'une phrase
prononcée par un chirurgien américain, le professeur
Sands, au début d'une leçon clinique sur la blennor-
rhée¹.

Ces lignes furent presque les premières qui tombè-
rent sous mes yeux lorsque je commençai à compulsier
les auteurs pour y découvrir quelques notions exactes
sur l'uréthrite chronique. Peu de jours auparavant
M. le professeur Guyon avait bien voulu attirer mon
attention sur cette affection et me conseiller de la
choisir comme sujet de ma thèse inaugurale. Aussi ma
perplexité fut-elle grande tout d'abord, et le début de
mes recherches fut-il empreint de cette inquiétude
constante : serai-je capable de mener à bien l'étude

1. Sands, Leçon publiée dans le *New-York medical Journal* (mars 1876).

d'une question que ne sont pas arrivés à résoudre complètement tant d'esprits éminents ? Heureusement, j'ai trouvé pour me guider les bienveillants conseils et les savants enseignements de mon maître, auxquels pendant deux années je n'ai cessé de puiser chaque jour. Grâce à eux, j'ai pu venir à bout de ma tâche. Que celui qui me les a si libéralement prodigués daigne accepter l'hommage de ce travail. Puisse-t-il y reconnaître le fruit de ses leçons ; car, si l'on veut bien accorder quelque mérite à cette étude, il doit être rapporté tout entier à celui qui l'a inspirée et non à l'élève qui a peut-être imparfaitement traduit la pensée du maître.

Dire que les affections vénériennes sont aussi vieilles que le monde serait peut-être de l'exagération ; ce serait en tous cas de la banalité. Leur histoire, après bien des controverses, a été maintes fois tracée par des plumes plus autorisées que la mienne. Aussi me semble-t-il inutile de sacrifier à l'usage en présentant à cette place un aperçu historique du sujet : l'index bibliographique terminal comblera cette lacune, si c'en est une toutefois. Il est préférable à chaque pas de citer le nom et l'opinion de l'auteur qui s'est spécialement occupé du fait discuté ; ce travail ne pourra qu'y gagner.

Mais, avant d'entrer dans l'étude de l'urétrite chronique, quelques points doivent être mis en lumière au préalable.

Et tout d'abord qu'entendrai-je par urétrite chro-

nique? Si l'on veut bien se reporter au titre de cette étude, on verra que j'ai eu soin d'ajouter *blennorrhagique*, puisque j'ai l'intention de traiter ici seulement cette sub-inflammation uréthrale, qui débute presque toujours par une blennorrhagie aiguë, mais qui peut se prolonger durant des mois et des années avec des symptômes plus ou moins modifiés. D'autres phlegmasies chroniques de l'urèthre existent incontestablement. On a signalé des uréthrites purement rhumatismales, voire même herpétiques. La présence d'ulcérations chancereuses ou tuberculeuses dans le canal y détermine des suppurations qui sont décrites partout. Enfin, tous les jours on voit des corps étrangers, des calculs, des sondes, causer et entretenir des uréthrites véritablement traumatiques, de durée parfois très longue.

L'uréthrite chronique dont je m'occuperai sera donc d'origine toujours blennorrhagique. Mais, à quelle époque d'une blennorrhagie commence la période chronique? Pour fixer cette limite, les uns se sont basés sur le temps, les autres sur l'aspect et l'abondance de l'écoulement, d'autres enfin sur la contagiosité. Un seul de ces éléments ne suffit pas, et, à défaut de preuves anatomiques, c'est en s'appuyant sur un syndrome clinique qu'on arrive à constituer l'histoire exacte et complète d'une affection. Convenons néanmoins que la notion de durée a sa valeur, car presque tous les auteurs s'accordent à attribuer à l'uréthrite aiguë blennorrhagique une évolution de six à huit semaines en moyenne. Passé ce

temps, il est fort rare que l'écoulement ne change pas de caractères : il devient moins épais, moins abondant et ne détermine plus la douleur cuisante au moment de la miction, inhérente à la période aigüe. Alors, si tout ne tarde pas à s'amender pour disparaître dans un laps de temps rapproché, c'était le stade sub-aigu ou de déclin, avant-coureur de la guérison. Si au contraire les symptômes atténués semblent s'éterniser sans aucune tendance à l'amélioration, on se trouve en présence de la période chronique dont la durée est indéterminée. Quelques auteurs ont établi des distinctions assez précises en apparence, entre les différents modes de chronicité de l'écoulement : ainsi, on a séparé la blennorrhagie chronique de la blennorrhée, le suintement urétral de la goutte militaire.... Pour moi ces divisions sont superflues et bien difficiles à soutenir, et je suis décidé à employer comme synonymes tous les termes que je viens de citer. Combien est, en effet, aisée la transformation de l'un en l'autre de ces écoulements soit spontanément, soit sous la plus légère influence !

Enfin, c'est l'urétrite chronique de l'homme seulement que je décrirai. A l'hôpital Necker, pendant mes six mois d'internat dans le service des maladies des voies urinaires, mes recherches se sont forcément trouvées limitées au sexe masculin. A d'autres, placés sur un terrain d'études différent, je laisse le soin de traiter l'histoire de cette même affection, beaucoup plus rare et moins intéressante, chez la femme.

Ce travail sera divisé en neuf chapitres.

Dans le premier, j'établirai, principalement à l'aide de quelques expériences, certains points d'anatomie et de physiologie de l'urèthre, dont l'ensemble a déjà été magistralement présenté par M. Guyon, dans son livre.

Dans le deuxième, j'exposerai la marche de l'urétrite aiguë, telle qu'une observation rigoureuse me l'a enseignée.

Puis, après avoir passé en revue les causes différentes assignées à la persistance de l'écoulement, j'aborderai le côté véritablement clinique de mon sujet, c'est-à-dire les symptômes, le diagnostic et le pronostic de l'urétrite chronique.

Enfin, je consacrerai un long chapitre aux divers modes de traitement, surtout à celui que mon maître a préconisé et que j'ai tant de fois employé avec succès.

Autant que possible, je me suis appliqué à faire de cette étude une œuvre personnelle. D'ailleurs, sans négliger les écrits de ceux qui se sont occupés avant moi du même sujet; dans bien des cas, je n'ai pu m'appuyer que sur mes propres observations, recueillies pour la plupart à l'hôpital Necker, dans le service et sous la direction de M. le professeur Guyon. Celles-ci, au nombre de 103, presque toutes personnelles, trouveront place à la fin de ce travail : ce sont des faits qui donnent la preuve clinique des opinions que j'avance.

ÉTUDE
SUR
L'URÉTHRITE CHRONIQUE
BLENNORRHAGIQUE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES
SUR L'URÈTHRE DE L'HOMME

Lorsque, dans l'urèthre absolument sain et normal d'un adulte, il introduit une bougie exploratrice à boule olivaire de moyen volume (n° 15 ou 16, par exemple), le chirurgien constate plusieurs faits.

C'est tout d'abord le parcours facile et sans obstacle des quatre cinquièmes environ du trajet ; à moins de se trouver en présence d'un sujet particulièrement nerveux, aucune sensation douloureuse ne se manifeste chez la grande majorité des individus. Puis, arrivée dans la profondeur du canal, à peu près au-dessous de la symphise pubienne, tout à coup la boule s'arrête. Ce temps d'arrêt, parfois extrêmement court et à peine appréciable, peut se prolonger pendant plusieurs secondes et laisser croire à un praticien

peu expérimenté en cette matière qu'il bute contre un rétrécissement¹. Si l'on continue à appuyer doucement contre cette résistance, celle-ci est bientôt vaincue; on la sent céder progressivement, puis brusquement la boule exploratrice est pour ainsi dire aspirée. A ce moment, on perçoit le contact des parois uréthrales; l'olive, plus ou moins serrée touche de toutes parts, et en même temps le sujet accuse presque toujours une certaine sensibilité, qui, dans quelques cas, peut aller jusqu'à la douleur. Mais, peu à peu, l'instrument en s'enfonçant davantage se trouve dégagé: il opère à l'aise, et sans provoquer de douleur, la traversée de la région prostatique. Enfin, il pénètre dans la vessie en rencontrant parfois une très faible résistance et une très légère sensibilité au sphincter vésical. Au retour, même arrêt, mêmes sensations, peut-être plus accentués encore, quand le talon de la boule exploratrice est aplati, au lieu d'être effilé.

Quel est ce point du canal, qui, normalement rétréci, et réellement contractile et sensible, arrête ainsi l'instrument? Ce n'est autre que la portion musculo-membraneuse de l'urèthre, faisant fonction de véritable sphincter inter-urétral.

Bien des descriptions de cette région nous ont été fournies par les anatomistes; les physiologistes ont aussi reconnu son rôle essentiellement actif. Mais c'est surtout M. le professeur Guyon qui a démontré l'importance clinique

1. M. Guyon a montré que, lorsqu'il existe un certain degré d'inflammation de la vessie, du col vésical ou de l'urèthre profond, à cette contraction normale de la portion membraneuse se joint une véritable contracture: de là sans doute, le diagnostic si fréquent de rétrécissement... Il suffit, pour franchir, d'abandonner la bougie à boule olivaire et d'employer une grosse bougie Béniqué (n° 42, par exemple), munie d'un conducteur.

de ce sphincter membraneux. Par lui le canal est divisé en deux parties totalement distinctes et séparées l'une de l'autre, que mon maître a caractérisées en appelant *urèthre antérieur* la partie spongieuse des auteurs, et *urèthre postérieur* les régions membraneuses et prostatiques réunies.

Qu'on n'attende pas de moi l'étude anatomique et physiologique complète du conduit excréteur de l'urine et du sperme : on la trouve dans tous les ouvrages classiques. Néanmoins, quelques détails sur la structure et le fonctionnement, et principalement sur l'indépendance absolue des deux urèthres, ont leur place marquée au début de ce travail sur l'urétrite chronique : on y trouvera d'utiles notions pour aider à interpréter certains phénomènes pathologiques fort discutés jusqu'à présent.

DU SPHINCTER INTER-URÉTHRAL ET DE LA DUALITÉ DE L'URÈTHRE

« Il est probable que la portion membraneuse de l'urèthre » est normalement fermée par l'action des muscles et que » ceux-ci méritent le nom qui leur a été donné de *sphincters de l'urèthre...* »¹. Cette phrase du savant chirurgien d'« University College Hospital », admettant l'existence probable, mais non réelle, d'un sphincter uréthral, appelle une démonstration que je vais essayer de développer dans ce chapitre, en m'appuyant principalement sur les données recueillies dans les livres de nos maîtres, et surtout dans celui de M. le professeur Guyon. Ma contribution personnelle sera fort restreinte et se bornera à quelques expé-

1. Sir Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2^e édition. Paris, 1881, page 300.

riences pratiquées, soit sur le cadavre, soit sur l'individu vivant.

Intermédiaire, comme on sait, à la portion spongieuse et à la portion prostatique de l'urèthre, la portion membraneuse est la plus courte des trois : M. le professeur Sappey, dans ses mensurations si précises, lui accorde une longueur de 12 à 14 millimètres. Ce sont, et son calibre beaucoup plus étroit, et la minceur relative de ses parois qui lui ont valu son nom. A une certaine époque, Amussat avait proposé de substituer à cette dénomination celle de *musculeuse*. Dans son *Traité d'Anatomie descriptive*, M. Sappey s'élève avec véhémence contre cette prétention. Et cependant l'élément musculaire soit lisse, soit strié, est loin d'être réparti avec une égale abondance dans toute la longueur de l'urèthre : il prédomine manifestement à la région qui nous occupe en ce moment.

Si on considère d'abord la couche sous-muqueuse de fibres lisses, on voit, d'après les recherches de MM. Robin et Cadiat, que dans la portion spongieuse elle existe seulement à l'état de faisceaux minces et isolés ; ces derniers ne se retrouvent même pas dans la fosse naviculaire. Semblable est la disposition des fibres-cellules dans l'urèthre prostatique. Mais, à la région membraneuse, la muqueuse est doublée d'une véritable couche continue de fibres lisses, longitudinales aussi, et étroitement juxtaposées ; cette couche a une épaisseur de près d'un millimètre.

Passons à l'élément musculaire strié. D'après M. Sappey, la muqueuse de l'urèthre membraneux et ses fibres lisses sont entourées d'abord par un plexus veineux, puis par une

couche de fibres musculaires rouges et striées de 6 millimètres d'épaisseur. Affectant une disposition nettement circulaire, ces fibres semblent s'enrouler autour de l'urèthre : il faut noter que toutes sont perpendiculaires à l'axe du canal, condition essentielle pour contribuer énergiquement à la fermeture de sa lumière. Quant aux muscles de Guthrie et de Wilson, leurs connexions intimes avec la portion membraneuse sont signalées par tous les anatomistes : quelques-uns ont même donné au dernier de ces deux muscles le nom de *constricteur de l'urèthre membraneux*, sur lequel il s'insère en effet directement. Le muscle de Guthrie ne s'y rattache que par l'intermédiaire de l'aponévrose périnéale moyenne. Dans ces dernières années, M. Cadiat est même allé plus loin ; en janvier 1877, dans un travail publié par le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* de M. Ch. Robin, il est venu, armé du microscope, démontrer que les faisceaux musculaires, décrits jusqu'alors sous le nom de muscles de Wilson et de Guthrie, faisaient partie intégrante de l'appareil sphinctérien de l'urèthre. Ici, rien ne s'interpose donc entre les parois uréthrales et l'anneau musculaire, strié, épais, complet et relativement puissant, qui doit agir sur elles.

En est-il de même dans les deux autres portions du canal ? Enclavée dans la prostate, la troisième portion de l'urèthre ne possède qu'un seul plan de fibres striées et encore n'existe-t-il qu'à la paroi supérieure. C'est le *sphincter prostatique*, décrit par M. Sappey : petit muscle, rouge, triangulaire, concave en arrière, à base insérée sur le sphincter vésical, à sommet venant se perdre à la limite de la portion membraneuse. — A la région spongieuse, l'appareil

reil contractible est représenté par un muscle énergique, le bulbo-caverneux ; mais, celui-ci, extrinsèque au conduit uréthral dont le sépare toute l'épaisseur du bulbe, n'a qu'une action qu'on pourrait appeler médiate.

En somme, la portion membraneuse, déjà doublée d'une couche sous-muqueuse de fibres lisses plus abondantes, est seule pourvue d'un système de fibres striées qui lui est intimement uni, sinon propre, et qui, par sa nature et sa disposition, est capable d'agir sur elle directement, avec énergie pour la maintenir fermée, avec brusquerie pour lui permettre de s'ouvrir.

Ainsi constituée anatomiquement, comment cette région membraneuse a-t-elle droit au nom de *sphincter uréthral*, que, suivant M. le professeur Richet, Amussat lui aurait le premier attribué ? Dans ses *Leçons cliniques sur les Maladies des Voies urinaires*, M. Guyon a nettement établi l'action de l'urèthre membraneux en montrant comment, au point de vue de la miction, il complète et perfectionne l'appareil sphinctérien de la vessie. Le col du réservoir urinaire se prolonge en réalité jusqu'au ligament de Carcassonne et le rôle le plus important, ou tout au moins le plus actif, est dévolu à la partie antérieure de ce long sphincter, c'est-à-dire à la portion membraneuse. Je ne reproduirai pas ici toutes les preuves aussi nombreuses que convaincantes sur lesquelles mon maître appuie cette opinion si exacte. Il me suffira d'en rappeler seulement quelques-unes, en y ajoutant divers faits d'expérimentations clinique et cadavérique, destinées à mettre incontestablement en évidence la réelle et puissante force de résistance qu'offre le sphincter membraneux.

Au commencement de ce chapitre, je rappelais l'arrêt pour ainsi dire physiologique, que subit tout explorateur à boule olivaire, lorsque introduit dans le canal il arrive à l'entrée de la portion membraneuse. Ce fait prouve seulement que l'urèthre est normalement rétréci en ce point, mais le sphincter uréthral est-il fermé ? A cette question, l'observation clinique vient répondre suffisamment. Chacun sait que dans les blessures de l'urèthre antérieur, dans les ruptures dues aux fausses manœuvres pendant le coït par exemple, l'uréthrorrhagie se produit immédiatement par le méat. Si profonde que l'on suppose la lésion de l'urèthre antérieur, que ce soit même à la région périnéo-bulbaire, comme on le voit dans les chutes à califourchon, il en est exactement de même ; le sang coule, sans aucune tendance à refluer dans l'urèthre postérieur qui semble hermétiquement clos. L'hémorrhagie aurait-elle duré plusieurs heures, à la première miction on constate, dès que le canal a été balayé par le premier jet d'urine, que celle-ci coule claire et limpide, montrant ainsi que le sang n'a pas pénétré dans la cavité vésicale. — Un phénomène inverse s'observe dans les blessures de l'urèthre profond, lorsque, par exemple, les branches du pubis fracturées viennent léser le canal. Si le sphincter membraneux n'est pas entamé et si la quantité de sang épanché n'est pas trop considérable, celui-ci tombe dans la vessie et n'est expulsé qu'à la miction suivante, intimement mélangé à l'urine.

Ce sont là des cas que l'on rencontre journellement et qu'explique la contractilité de la portion membraneuse. Plusieurs fois, dans le courant de cette année, j'ai eu l'occasion de mettre en jeu cette contractilité par l'électrisation

de l'urèthre membraneux. Appelé par mon maître à combattre par cette méthode, soit l'incontinence infantile, soit les contractions vésicales exagérées des cystites, j'ai souvent reproduit ce fait, signalé par M. Guyon : lorsque la petite boule métallique, employée à cet usage, est introduite dans la région membraneuse, elle est énergiquement serrée et ne peut ni avancer ni reculer, tant que le courant passe. Si on la laisse dans la portion spongieuse ou qu'on l'enfonce dans la portion prostatique, malgré l'intensité de la faradisation, la même constriction ne se produit plus et l'olive métallique joue librement dans le canal.

Une autre expérience clinique qu'il m'a été donné de répéter des centaines de fois chez les malades atteints d'uréthrite chronique, c'est celle des instillations uréthrales anté et rétro-pubiennes. De toutes les gouttes de la solution de nitrate d'argent instillées en arrière de la portion membraneuse, aucune ne revient dans l'urèthre antérieur : un certain nombre va dans la vessie former avec l'urine des chlorures d'argent qu'on retrouve à la première miction sous forme de grumeaux blanchâtres. Si la boule perforée de l'explorateur, à l'aide duquel on pratique l'instillation, n'est pas assez volumineuse pour les arrêter, à peine deux ou trois gouttes sont-elles déposées dans l'urèthre antérieur, voire même dans le cul-de-sac du bulbe, qu'immédiatement elles apparaissent au méat.

Pour ne laisser aucun doute sur l'*occlusion parfaite* du sphincter membraneux dans de telles conditions, j'ai institué la petite expérience suivante :

Tout d'abord, j'ai cherché un liquide suffisamment acide pour rougir le papier bleu de tournesol, tout en n'étant

point offensif pour l'urèthre et la vessie. Un mélange de deux gouttes d'acide sulfurique pour cent grammes d'eau m'a semblé remplir ces conditions. Puis, choisissant un malade à urine franchement acide, je lui ai instillé quarante gouttes de ce liquide en arrière de la portion membraneuse. Retirant alors l'instillateur, j'ai pratiqué le lavage à l'eau tiède de tout l'avant-canal, afin d'y faire disparaître toute trace d'acidité. Enfin, après avoir coiffé un explorateur à boule d'une sorte de petit capuchon en papier bleu de tournesol, j'ai introduit cet instrument dans le cul-de-sac du bulbe. Je l'y ai laissé séjourner pendant une heure et demie; et, au bout de ce temps, il a été retiré sans qu'une tache rouge se fût produite sur le papier collé à la boule exploratrice. Or, en laissant tomber sur cette dernière une goutte de notre solution acide, la coloration rouge se produisait de suite. L'expérience était donc concluante et il était évident que la contraction du sphincter membraneux s'était opposée au reflux dans l'urèthre antérieur d'une seule goutte du liquide instillé dans l'urèthre postérieur.

Si, au lieu des instillations, on emploie les injections, la résistance du sphincter membraneux entre encore en jeu d'une façon non moins certaine, mais en sens contraire. Voillemier a autrefois démontré que les injections pratiquées à *canal ouvert*, c'est-à-dire en n'adaptant pas exactement le bec de la seringue aux lèvres du méat, ne pénétraient pas très profondément dans l'urèthre; le liquide reflue en effet immédiatement. J'ai d'abord répété cette expérience une dizaine de fois sur le cadavre : remplissant une grosse seringue à hydrocèle soit d'encre, soit de tein-

ture d'iode, j'ai poussé une injection dans le canal, en ayant soin de laisser un petit intervalle entre le méat et la canule, très peu enfoncée d'ailleurs. Aussitôt, on voyait et on sentait l'urèthre se tendre comme un cordon dur jusqu'à la région périnéale; mais, le liquide s'écoulait à peu près au fur et à mesure qu'il était injecté. En fendant ensuite le conduit urétral dans toute sa longueur, il était facile de constater que le liquide avait coloré tout l'urèthre antérieur jusqu'à la portion membraneuse, mais sans jamais pénétrer dans cette dernière: plusieurs fois même, la coloration n'est pas arrivée jusqu'au cul-de-sac du bulbe; c'est que la poussée n'avait pas été assez énergique.

Dans le but de mesurer cette poussée le plus exactement possible, j'avais fait construire par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, un petit appareil que l'on pourrait appeler *seringue dynamomètre*. En effet, il consiste en une seringue métallique à anneaux (petit modèle), dont la tige du piston se termine par un petit dynamomètre très sensible. En passant l'index et le médius dans les deux anneaux de la seringue, qui servent de points d'appui, et en pressant ensuite avec le pouce sur l'extrémité de la tige, c'est-à-dire sur le dynamomètre, j'espérais mesurer ainsi le degré de pression nécessaire pour faire arriver le liquide jusqu'au cul-de-sac bulbaire. Il faut avouer que malheureusement les expériences n'ont pas répondu à mon attente et que je n'ai pu obtenir aucun résultat précis.

Alors, prenant une de ces petites seringues de verre dont les malades se servent communément pour leurs injections uréthrales, j'en ai calculé la capacité exacte et je l'ai graduée: elle contenait 8 centimètres cubes, représentant par

conséquent 8 grammes d'eau. Cet instrument m'a servi à deux séries d'expériences :

I. Avec cette seringue, j'ai d'abord pratiqué des injections à *canal ouvert*, c'est-à-dire en laissant à mesure le liquide ressortir par le méat : c'est ce que j'avais déjà fait, ainsi que je l'ai dit plus haut, avec la grosse seringue à hydrocèle. Cette fois, si énergiquement et si promptement que fût poussé le piston, jamais le liquide coloré n'est parvenu au cul-de-sac bulbaire, et cela sur onze cadavres.

II. En poussant l'injection, à *canal fermé*, c'est-à-dire en appliquant hermétiquement les lèvres du méat sur le bec de la seringue et en ne laissant pas par conséquent le liquide s'écouler au fur et à mesure (injection forcée), les résultats étaient fort différents. Avec *cinq, six* ou *sept* grammes de liquide, suivant les cas, l'urèthre antérieur se laissait distendre et remplir. En dépassant cette limite, le sphincter membraneux était forcé et l'urèthre postérieur envahi. Naturellement, une fois que la portion membraneuse était franchie, le liquide coulait dans la vessie. Il faut dire aussi que : 1° Plus rapidement on poussait le piston, moins il fallait de liquide pour arriver à ce résultat. Ainsi, presque toujours en poussant cinq grammes *d'un seul coup*, j'ai dépassé la barrière membraneuse ; l'urèthre antérieur semblait n'avoir pas le temps de se laisser distendre. — 2° Plus le sujet était avancé en âge, plus la quantité de liquide nécessaire augmentait : la flaccidité des parois uréthrales et surtout du cul-de-sac bulbaire chez les vieillards rendent parfaitement compte de ce fait et de ces différences ¹.

1. Il est permis, faute d'ailleurs de pouvoir expérimenter sur le malade, de conclure ici du mort au vivant ; car, étant donné la tonicité persistante

En résumé, et comme conclusion pratique de ces expériences, je dirai qu'un adulte, qui s'injecte dans le canal le contenu d'une petite seringue de verre tout entière, est certain :

1° A canal ouvert, de ne jamais arriver à la région bulbair ;

2° A canal fermé, de toujours forcer la portion membraneuse.

Dans un instant, on verra de quelle utilité sont ces déductions, et dès maintenant on comprend pourquoi on doit conseiller aux malades de ne jamais s'injecter que la moitié d'une seringue à la fois.

Je ne terminerai pas cette énumération des preuves de la résistance sphinctérienne présentée par la portion membraneuse sans rappeler les phénomènes observés par MM. Richet, Sappey et Guyon dans le cathétérisme *post mortem*. Sur quelques cadavres, j'ai voulu répéter cette petite opération expérimentale. Pendant les 24 premières heures qui suivent la mort, c'est-à-dire tant que dure la rigidité cadavérique, j'ai toujours apprécié l'arrêt bien net du bec de la sonde à la portion membraneuse, soit que l'instrument fut normalement poussé d'avant en arrière, soit que, par une sorte de cathétérisme rétrograde, il pénétrât par la vessie dans l'urèthre, c'est-à-dire d'arrière en avant. Après 24 heures, je n'ai trouvé que très rarement cette résistance ; il est vrai de dire que mes expériences à cet égard datent des mois de juin et de juillet et qu'à cette époque de l'année, la rigidité musculaire est généralement prompte à dispa-

du sphincter urétral sur le cadavre, les résultats ne doivent pas varier cliniquement d'une façon très appréciable.

raître. Comme les maîtres cités plus haut l'ont également signalé, j'ai pu voir que la contracture sphinctérienne une fois vaincue par un premier sondage ne se reproduisait plus aux cathétérismes suivants.

De tous ces faits, je crois donc pouvoir conclure avec M. le professeur Richet que : « Si les parois de l'urèthre sont, dans toute sa longueur, simplement appliquées sur elles-mêmes, dans la région membraneuse elles sont énergiquement resserrées par la contraction des fibres musculaires qui l'entourent. »

Mais que résulte-t-il de cette occlusion complète du canal au niveau de la portion musculo-membraneuse, sinon l'évidente *dualité de l'urèthre* à quelque point de vue qu'on le considère : *embryogénique, anatomique, physiologique*, et, on le verra tout à l'heure, *pathologique*.

En effet, dès les premiers temps de la vie intra-utérine, cette distinction entre les deux urèthres est déjà nette et tranchée. C'est vers la 6^e semaine que se développe dans le *cloaque* une cloison transversale qui le divise en deux cavités : l'une, postérieure ou anale, l'autre antérieure ou uro-génitale. L'ouverture de cette seconde cavité porte le nom de *sinus uro-génital* et en se rétrécissant peu à peu elle formera la portion membrano-prostatique de l'urèthre, en même temps que la partie inférieure de la vessie. — C'est un peu plus tard (fin du 2^e mois) que se creuse à la partie inférieure du *tubercule génital*, sorte de bourgeon situé en avant du cloaque, une petite rainure ou *sillon génital*. Au

quatrième mois seulement, ce sillon se ferme et se transforme en canal, constituant ainsi la portion spongieuse.

Cette différence, que l'on constate dans le développement des deux urèthres, se retrouve plus tard, aussi marquée, dans leur structure anatomique. Tout à l'heure, j'ai décrit les appareils musculaires annexés aux diverses régions uréthrales. Sur la portion antérieure, entourée de son cylindre spongio-vasculaire, aucun muscle n'agit directement. Seul le bulbo-caverneux vient aider, comme M. Alph. Guérin l'a démontré, à l'expulsion du sperme et des dernières gouttes d'urine. Aussi le rôle physiologique de l'urèthre antérieur est-il à peu près complètement passif. Il se laisse distendre par les liquides et ne réagit que par l'élasticité de ses parois.

Grâce aux nombreuses fibres musculaires, lisses et striées qui s'y implantent sans aucun intermédiaire, l'urèthre postérieur, dans ses deux portions, est au contraire essentiellement actif. Au repos, cette activité est, pour ainsi dire, simplement tonique. Dans l'intervalle des mictions, la portion membraneuse ferme l'urèthre et, obéissant à la volonté, résiste bien plus que le sphincter vésical aux contractions involontaires de la vessie. M. Guyon l'a souvent prouvé par le cathétérisme chez les individus, qui ont ou qui n'ont pas besoin d'uriner. Chez les premiers, dès que l'œil de la sonde a franchi la portion membraneuse, l'urine commence à couler ; chez les autres, il faut que l'instrument dépasse le sphincter de la vessie et pénètre dans ce réservoir pour obtenir la sortie du liquide.

La portion membraneuse ou sphincter de l'urèthre est réellement violentée et se relâche pendant le cathétérisme, la miction et l'éjaculation. Mais, dans ce dernier acte, la

troisième portion de l'urèthre intervient énergiquement ; aidé de l'érection du *veru montanum*, le sphincter prostatique de M. Sappey applique par sa contraction la paroi supérieure de l'arrière-canal sur l'inférieure. L'orifice vésical se trouve ainsi fermé et tout passage de l'urine momentanément interrompu. C'est alors que le sphincter membraneux cède sous la pression du sperme qui s'accumule en arrière de lui. Tombée dans l'urèthre antérieur, la semence en est expulsée par les saccades du bulbo-caverneux...

Ce serait dépasser les limites tracées à ce chapitre anatomo-physiologique, que d'insister plus longuement sur l'existence, la constitution et le rôle prépondérant du sphincter uréthral. J'ai suffisamment montré comment il divise le canal et comment il intercepte, à l'état normal, toute communication entre les deux urèthres, si distincts déjà sous tous les rapports.

CHAPITRE II

DE LA MARCHE DE L'URÉTHRITE AIGUE BLENNORRHAGIQUE

Loin de moi la pensée de reprendre dans ce chapitre l'histoire détaillée de l'uréthrite aiguë : des chirurgiens éminents ont laissé des descriptions magistrales de la blennorrhagie. C'est sur quelques points seulement de son évolution que je désire attirer l'attention, et les considérations anatomo-physiologiques qui précèdent y aideront incontestablement.

Étant donnée une affection d'abord externe, comment et jusqu'où étend-elle son processus inflammatoire ? ainsi se trouve posé le problème que je vais essayer de résoudre.

On admet d'ordinaire que la blennorrhagie commence dans la fosse naviculaire, qu'elle gagne ensuite progressivement tout l'urèthre antérieur, puis qu'elle envahit l'urèthre postérieur. Tels sont les trois stades qu'elle parcourrait presque fatalement et même chacun d'eux serait séparé par une sorte de temps d'arrêt servant à les mieux distinguer. Cette manière de voir, généralement acceptée, s'appuie à la fois sur l'étude des symptômes, sur des expériences et sur l'anatomie pathologique. Mon intention est de rechercher si, dans tous les cas, l'inflammation uréthrale s'étend aussi facilement et aussi loin qu'on le suppose.

Les auteurs ont l'habitude de ranger les symptômes de la blennorrhagie en trois périodes : la période *aiguë*, la période *sub-aiguë* et la période de *guérison*, qui, dans certains cas, peut être celle des *complications*. Au moins dans la première moitié de son évolution, les symptômes sont exclusivement ceux d'une uréthrite limitée à l'avant-canal. C'est d'abord une sensation plus ou moins cuisante, puis pénible, et enfin douloureuse *pendant tout le temps de la miction* : elle siège alors très manifestement dans la portion antérieure de l'urèthre. Mais, née dans la fosse naviculaire, elle semble bientôt s'enfoncer et retentit jusqu'au niveau de la racine des bourses : on en conclut la plupart du temps à l'envahissement de l'urèthre postérieur à ce moment. On conviendra néanmoins que l'urèthre antérieur est encore seul malade, si l'on songe que sa portion périnéobulbaire s'étend jusqu'au ligament de Carcassonne c'est-à-dire jusqu'aux environs de l'anus. — Le plus souvent après avoir duré plus ou moins longtemps, l'écoulement diminue, puis cesse peu à peu sans s'être accompagné d'aucun phénomène, indice d'une complication vésicale ou autre. C'est parce que l'urèthre antérieur a été seul atteint, et presque toujours la blennorrhagie devrait guérir sans aller plus loin. Et cependant, on ne peut nier que, parfois l'inflammation, forçant le sphincter membraneux, n'occupe les portions profondes de l'urèthre. Mais il y a là une véritable complication, laquelle va plus ou moins retentir sur la vessie, la prostate, le testicule..., et se manifester par les symptômes propres à la phlegmasie de ces divers organes; en outre, je suis convaincu que l'uréthrite profonde, aiguë ou chronique; possède une symptomatologie spéciale.

Pendant près de trois mois de cette année, j'ai pu assister deux fois par semaine aux consultations de mon excellent et bien cher maître, M. Simonet, à l'hôpital du Midi. Là, sur 300 malades environ, porteurs de blennorrhagie aiguë, j'en ai trouvé une centaine ayant des mictions *fréquentes* en même temps que *douloureuses*; parmi ces derniers, 70 à 80 étaient atteints d'orchite et de prostatite. Ceux-ci, soigneusement interrogés, ont répondu tous, sans en excepter un seul, que plusieurs jours avant d'apprécier aucune localisation inflammatoire sur le testicule ou la prostate, ils avaient remarqué deux phénomènes : 1° la diminution de leur écoulement, 2° leurs envies d'uriner plus fréquentes. N'est-ce pas là l'expression fidèle de l'invasion blennorrhagique dans cet urèthre postérieur qui n'est que le prolongement du col vésical. Comme sur ce dernier, l'inflammation s'y dénonce par des mictions plus fréquentes et plus douloureuses à la fin. Combien de fois n'a-t-on pas constaté que le simple contact d'une boule exploratrice déterminait au niveau du sphincter membraneux une envie d'uriner des plus impérieuses, sans qu'on ait besoin d'arriver au sphincter vésical ou à la vessie pour la provoquer ! Combien de malades, ayant reçu le matin une instillation de quelques gouttes de nitrate d'argent dans l'urèthre membrano-prostatique, ont éprouvé dans la journée des symptômes que beaucoup d'observateurs auraient rattaché à une cystite. Dans ces conditions, la fréquence passagère et la douleur terminale des mictions, les hématuries étaient causées par l'irritation vive de l'urèthre postérieur seul. — En outre, si l'écoulement semble diminuer, c'est que, tandis que les parties antérieures du canal se guérissent, le pus s'emma-

gazine, pour ainsi dire, derrière le sphincter urétral et il est expulsé avec le premier jet d'urine de la miction suivante. L'expérience des deux verres, connue de tous, montre le dépôt purulent dans le premier verre; le liquide du second est au contraire limpide, preuve évidente de l'absence de cystite véritable : celle-ci peut, il est vrai, se développer ultérieurement. — D'un autre côté, l'urétrite aiguë profonde ou postérieure existe parfois seule et indemne de toute complication testiculaire, prostatique ou cystique. Mais il m'a semblé, d'après mes observations personnelles, qu'à cet état de simplicité elle était très exceptionnelle (15 à 20 p. 100 environ). Presque toujours donc, en même temps que l'urèthre postérieur, l'inflammation gagne les organes dont il est le conduit excréteur.

Tous les phénomènes que je viens d'énumérer représentent de vrais symptômes, et non de simples sensations comme celles qu'on a obtenues la plupart du temps par des expériences. Celles-ci constituent le second argument de ceux qui regardent l'invasion de l'urèthre profond comme une phase naturelle et inévitable de l'évolution blennorrhagique; elles sont malheureusement d'autant plus difficiles à répéter qu'on a pas la ressource des animaux. Il s'est cependant trouvé des médecins assez hardis pour les essayer sur eux-mêmes. La plus fameuse de ces expérimentations est celle de Swediaur, qui a voulu se donner une urétrite en s'injectant une solution ammoniacale concentrée; c'est elle que citent à l'envi les auteurs qui croient à la propagation spontanée de l'inflammation à la profondeur du canal. Ce fait classique est en général assez inexactement interprété. Que dit Swediaur en racontant lui-même

tous les détails de son aventure? Voici ses propres paroles :

« ... Quel ne fut pas mon étonnement, lorsqu'après
» quelques jours je sentis très distinctement les symptômes
» d'une nouvelle inflammation, qui paraissait s'étendre
» vers le *veru montanum* et le col de la vessie et qui fut ac-
» compagnée d'une ardeur d'urine et d'un écoulement aussi
» abondant que le précédent... »

Sur quels symptômes s'appuie cet auteur pour conclure ainsi à l'inflammation de la région profonde de l'urèthre? Il est d'abord possible de supposer que les notions anatomiques touchant le canal ne lui étaient pas très familières. Le sphincter urétral ne permet généralement pas, comme on sait, l'issue en dehors des écoulements profonds. En revanche, il doit exister dans l'urétrite postérieure des symptômes spéciaux qui font complètement défaut dans le cas de Swediaur. Il ne parle en effet que d'« ardeurs d'urine ». Ce terme qui au premier abord pourrait en imposer et laisser croire à des phénomènes de cystite est expliqué quelques lignes plus loin par l'auteur lui-même, et l'on voit qu'il s'agit seulement de douleurs cuisantes pendant la miction, sans fréquence plus grande. — Continuons la citation :

« ... Pour le coup, je fus sérieusement alarmé... ; je crai-
» gnais que l'inflammation, se propageât à toute la surface
» interne de la vessie... Mais, à ma grande satisfaction, au
» bout de sept à huit jours, elle s'apaisa par degrés sans
» s'étendre d'avantage et je fus entièrement guéri ».

Swediaur a analysé scrupuleusement ses sensations de chaleur, de cuisson, de picotements, mais il n'a jamais observé de troubles de la miction, il n'a pas uriné plus sou-

vent qu'auparavant. Or, je le répète, une simple sensation ne constitue pas un symptôme valable ; il est probable que le liquide irritant s'est arrêté chez ce courageux expérimentateur à la porte de l'urèthre postérieur, sans pouvoir la franchir. Le sphincter membraneux avait servi de barrière entre les deux urèthres, ce qui est la règle la plus habituelle.

Reste le dernier argument des partisans de l'urétrite profonde spontanée, les autopsies. Heureusement, elles sont peu nombreuses et on en compte à peine une vingtaine dans la science, y compris les neuf cas rapportés par Voillemier dans son livre. Dans près de la moitié (4/9) on a trouvé des lésions de l'arrière-canal ; mais ces malades n'avaient-ils pas subi des cathétérismes, ne s'étaient-ils pas pratiqué des injections ou par leur état général n'étaient-ils pas prédisposés à la propagation naturelle de la phlegmasie à l'urèthre postérieur ? Du reste, je ne prétends pas que cette propagation ne puisse se produire ; ce que je nie, c'est qu'elle ait lieu infailliblement dans tous les cas, et les autopsies me donnent raison.

Je viens de laisser entrevoir les trois conditions nécessaires, à mon sens, à l'extension rétro-membraneuse de la blennorrhagie. Ce sont :

- 1° La mauvaise direction du traitement ;
- 2° Les manœuvres intempestives dans le canal ;
- 3° L'état général du malade.

1. Par traitement mal dirigé, il faut entendre d'abord

une thérapeutique antiphlogistique trop prolongée : je reviendrai tout à l'heure sur ce point en traitant des causes de l'urétrite chronique. Mais, dès maintenant, je dirai que les tisanes émollientes, les bains, les cataplasmes, etc., excellents pendant quelques jours, doivent rapidement céder la place aux balsamiques, sans attendre des semaines et des mois, comme on le prescrit parfois. On risque, en tardant trop, non seulement de laisser l'inflammation s'installer à demeure et s'éterniser, mais aussi on lui donne le temps de s'étendre hors de limites qu'elle ne devrait pas franchir.

Quant aux injections, on a porté contre elles la grave accusation de causer des rétrécissements ; en général, le rétréci s'accorde cette petite consolation d'incriminer le médecin ou l'ami qui a conseillé ce mode de traitement plutôt que lui-même. Or, dans les injections, il convient de distinguer deux choses : leur vertu thérapeutique et leur action mécanique. De la première, je ne parlerai pas ici, car ce côté de la question ne rentre point dans mon sujet : qu'elles soient émollientes, astringentes, substitutives, caustiques même, peu m'importe. Ce qui est beaucoup plus intéressant à mon point de vue, c'est de considérer leur action purement mécanique : celle-ci est déjà connue par les expériences relatées dans le chapitre précédent. On sait dans quelles conditions elles lavent seulement l'avant-canal ou elles pénètrent dans l'urèthre profond. Ces faits, les malades les ignorent et ils poussent habituellement leur injection avec une vigueur remarquable « pour la faire arriver, disent-ils, jusqu'au fond ! » De cette façon, après avoir baigné et balayé le premier urèthre, le liquide chassant devant lui et délayant le pus blennorrhagique va le porter

dans l'arrière-canal, où il n'avait pas encore et n'aurait peut-être pas pénétré. C'est là un point que je signalerai simplement ici, me réservant d'y insister longuement plus loin à propos des injections préconisées contre l'urétrite chronique.

II. Par le même mécanisme agissent les instruments introduits dans le canal. Le cathétérisme pratiqué dans la période aiguë de la blennorrhagie peut avoir pour but de combattre une rétention d'urine : celui-ci est souvent inévitable. D'ailleurs, à ce moment, ordinairement la rétention d'urine est sous la dépendance d'une prostatite ; l'inflammation est déjà dans l'urèthre postérieur. Mais parfois les malades racontent qu'on leur a passé des bougies destinées, leur a-t-on dit, à arrêter les « commencements de rétrécissements ». A la suite de ces manœuvres intempestives, il n'est pas rare d'observer des cystites, des orchites, des prostatites, résultant de la propagation de la phlegmasie aux parties profondes de l'urèthre, grâce au pus déposé au passage dans l'avant-canal sur le bec de la sonde ou la boule de la bougie. Un de mes maîtres, qui ne partage pas ma manière de voir sous ce rapport, m'avait objecté qu'il se faisait fort de charger les yeux d'une sonde de sécrétions blennorrhagiques, de transporter ce virus sur le col de la vessie et de me montrer qu'il ne se développerait aucune phlegmasie profonde. Malheureusement, cette expérience, qu'à aucun prix je n'aurais osé tenter moi-même, n'a pu avoir lieu. En tout cas, j'avoue qu'elle n'aurait pas suffi à me convaincre.

III. Notons enfin que parfois aucune action mécanique,

déterminée par une injection ou un cathétérisme, ne peut être invoquée. Alors, c'est dans l'état constitutionnel du malade lui-même qu'il faut chercher la cause de l'extension spontanée de la blennorrhagie : la scrofule, la tuberculose, le rhumatisme jouent dans ce cas un rôle évident. Pourquoi, chez ces individus, le sphincter membraneux semble-t-il impuissant à limiter l'inflammation ? Je l'ignore et je constate seulement qu'alors la cystite, la prostatite et l'orchite paraissent se développer, pour ainsi dire, d'elles-mêmes. Cette grave question des états constitutionnels sera discutée dans un instant. Du reste, chez de tels malades, le passage à l'état chronique, les rechutes, les récidives sont presque la règle ; et plus l'uréthrite a eu une marche rapide, plus elle sera longue à guérir.

De toute cette discussion, je crois pouvoir conclure que l'uréthrite aiguë d'origine blennorrhagique est ordinairement limitée à l'avant-canal et qu'elle franchit rarement le sphincter membraneux pour envahir l'urèthre postérieur : ce fait ne se produit que par transport mécanique du pus dans la profondeur ou par influence de l'état général. Ajoutons néanmoins qu'à la suite de fatigues, d'excitations locales, d'excès de boissons ou de coït, cette propagation s'observe aussi assez souvent.

Qu'on n'aille pas croire que cette façon d'envisager la marche de l'uréthrite aiguë se base seulement sur une théorie plus ou moins spécieuse ou une simple vue de l'esprit. Comme pour toutes les autres opinions, contraires aux idées généralement reçues, que j'ai émises dans cette étude, j'ai jugé convenable d'appuyer mes dires sur des

faits. Aussi, on me permettra de publier ici le résumé de quelques observations qui me sont personnelles, avec le traitement par moi employé; elles ne sauraient être placées à la fin de ce travail, puisqu'elles relatent des cas d'urétrite aiguë.

Tout d'abord je me suis imposé d'expérimenter sur la blennorrhagie vierge, c'est-à-dire apparaissant pour la première fois, de date très récente et n'ayant encore subi aucun traitement. Ces trois conditions ne sont pas faciles à réunir, surtout la dernière; car, souvent, au moindre suintement, le malade court chez un pharmacien qui prescrit et vend une injection dite infaillible. Que de fois, aux consultations de l'hôpital du Midi par exemple, j'eus enfin trouvé un cas irréprochable: c'était un jeune homme, de bonne santé habituelle, ayant depuis trois ou quatre jours seulement sa première chaudepisse, laquelle se traduisait par un écoulement jaune verdâtre, épais et abondant. Mais, hélas! je ne tardais pas à apprendre que déjà cinq ou six injections avaient été plus ou moins énergiquement poussées dans le canal.

Aussi est-ce à grand'peine que je suis parvenu à réunir *dix-sept* observations de blennorrhagie aiguë remplissant les conditions sus-indiquées. Toutes les fois, j'ai pratiqué le traitement suivant:

Quatre fois par jour, lavages de l'urèthre antérieur à l'eau tiède ou avec la solution tiède d'acide borique à 4 p. 100. Cette petite opération, minutieusement expliquée au malade, lui restait confiée: je lui recommandais de l'exécuter à l'aide de la seringue de verre habituelle, dont le liquide

était injecté en deux fois dans le canal. Puis chaque matin, j'instillais moi-même dans le cul-de-sac du bulbe, suivant la méthode de M. Guyon que je décrirai plus loin, quatre ou cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 50°.

Le tableau ci-dessous résume ces dix-sept cas et montre la marche de la blennorrhagie; rappelons que, chez tous ces malades, celle-ci survenait pour la première fois, qu'elle était de date très récente et qu'elle était vierge de tout traitement actif (sauf les bains et les tisanes).

N ^{OS} D'ORDRE noms et âges.	DÉBUT de l'écou- lement.	COMPLICATIONS et leurs causes.	DURÉE du traitement.
1. Charles Guy..., 24 ans, employé.	4 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	16 jours. — 14 ins- tillations. Guérison complète.
2. Denis Fri . . 20 ans, commis.	6 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	22 jours. — 19 ins- tillations. Guérison complète.
3. Paul Jol..., 19 ans, étudiant.	3 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	19 jours. — 17 ins- tillations. Guérison.
4. Louis Kar..., 20 ans, maçon.	3 jours.	Urèthre postérieur at- teint le 11 ^e jour (li- bations copieuses, tentative de coït). — Orchite gauche.	8 jours d'abord. 6 instillations, puis 4 semaines environ pour l'orchite et l'uréthrite posté- rieure.
5. Louis Tel..., 16 ans, cordonnier.	4 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	13 jours. — 11 ins- tillations. Guérison complète.
6. Emile Cor..., 18 ans. sellier.	3 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	16 jours. — 13 ins- tillations. Guérison complète.

N ^{OS} D'ORDRE noms et âges.	DÉBUT de l'écou- lement.	COMPLICATIONS et leurs causes.	DURÉE du trait- ment.
7. Claude Lin..., 21 ans, boulangier.	5 jours.	Urèthre postérieur atteint le 17 ^e jour. — Antécédents de tu- berculose hérédi- taire; tousses chaque hiver; submatité au sommet droit. — Pas de localisation appré- ciable de la diathèse. Epididyme gauche le 28 ^e jour.	12 jours d'abord. — 10 instillations, puis balsamiques pendant une quin- zaine de jours. A été perdu de vue.
8. Ernest Chal..., 18 ans, étudiant.	4 jours.	Urèthre postérieur at- teint le 14 ^e jour. — Père et mère rhuma- tisants; lui-même a eu à 11 et à 15 ans du rhumatisme articu- laire aigu. — Cystite intense le 26 jour.	10 jours d'abord. — 10 instillations, puis traitement de l'uré- thro-cystite pendant plus d'un mois.
9. Paul Gal..., 19 ans, palefrenier.	6 jours.	Urèthre postérieur atteint le 20 ^e jour. — Rhumatisme articu- laire l'année dernière; insuf. mitrale. — Cys- tite le 23 ^e jour.	14 jours d'abord. — 12 instillations puis 3 à 4 semaines pour l'uréthro-cystite.
10. Raoul Ric..., 20 ans, employé.	2 jours.	Pas d'extension à l'urèthre profond.	17 jours. — 15 ins- tillations. Guérison complète.
11. Casimir Ner..., 22 ans, lampiste.	4 jours	L'uréthrite devient postérieure le 15 ^e j. — Soupçons de tu- berculose pulmo- naire; en outre vési- cules séminales dures et bosselées, prostate grosse et irrégulière. — Orchite droite.	11 jours d'abord. — 9 instillations, ac- tuellement encore (1 ^{er} août) en traite- ment; épididyme reste volumineux; écoulement per- siste.
12. Adrien Por..., 21 ans, employé de télé- graphe.	3 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	20 jours. — 17 ins- tillations. Guérison complète.

N ^{os} D'ORDRE noms et âges.	DÉBUT de l'écou- lement.	COMPLICATIONS et leurs causes.	DURÉE du traitement.
13. Pierre Mal..., 18 ans, cocher.	3 jours.	Pas de propagation à l'urèthre postérieur.	15 jours. — 12 ins- tillations. Guérison complète.
14. Edmond Pir..., 20 ans, dessinateur.	2 jours.	Pas de propagrtion à l'urèthre postérieur.	18 jours. — 16 ins- tillations. Guérison.
15. Jean Schæ..., 17 ans, brocheur.	4 jours.	Pas d'extension à l'urèthre profond, malgré nombreuses manifestations stru- meuses.	26 jours 21 instil- lations (régime to- nique). Guérison complète.
16. Camille Art..., 18 ans.	2 jours.	Extension à l'urèthre postérieur le 15 ^e jour. — Antécédents héréditaires tuberculeux? — Prostatite subai- guë le 17 ^e jour. — Cys- tite deux jours après, en même temps que légère épididymite gauche.	13 jours d'abord. — 12 instillations, puis traitement des complications pen- dant plus de 6 se- maines Améliora- tion seulement.
17. Martial Gué..., 22 ans, coiffeur.	3 jours.	Pas de propagation postérieure.	22 jours. — 19 ins- tillations. Guérison complète.

En somme, sur ces 17 cas, 11 fois l'uréthrite est restée limitée à l'avant-canal et a été guérie en 20 jours par 16 instillations de nitrate d'argent (en moyenne). Six fois l'inflammation a envahi l'urèthre postérieur, ainsi que la prostate, la vessie et l'épididyme sous l'influence de constitutions strumo-tuberculeuses ou rhumatisantes et une fois à la suite d'excès. Si je n'ai pas eu à observer le transport du pus dans l'arrière canal par des injections ou des instru-

ments, c'est que, sur mes recommandations expresses, mes malades ont été assez dociles pour ne pas se livrer à des manœuvres uréthrales intempestives.

Ces cas sont peu nombreux, il est vrai ; mais j'ai signalé tout à l'heure la difficulté qu'on éprouve à les rencontrer dans les conditions que je m'étais imposées ; d'ailleurs je me propose de continuer mes recherches dans ce sens et je suis convaincu qu'elles ne démentiront pas les résultats constatés déjà, c'est-à-dire : 1° le cantonnement habituel de l'uréthrite aiguë dans l'avant-canal ; 2° son extension à l'uréthre profond subordonnée à certaines influences déterminées, mécaniques ou constitutionnelles ; 3° sa guérison relativement rapide par les instillations de nitrate d'argent de M. le professeur Guyon.

CHAPITRE III.

DES CAUSES QUI DÉTERMINENT ET ENTRETIENNENT LA CHRONICITÉ DE L'URÉTHRITE

Pourquoi, dans certains canaux, l'urétrite aiguë blennorrhagique, dont nous venons d'étudier la marche ordinaire, passe-t-elle à l'état chronique? Sous quelle influence étiologique voit-on parfois l'écoulement inflammatoire de l'urètre se prolonger durant des mois et des années?

Bien nombreuses sont ces causes, et toutes ont été plus ou moins exactement indiquées et appréciées par les auteurs. Toutefois, cette étude n'ayant pas la prétention d'être un traité didactique, mais représentant seulement le fruit d'observations quotidiennes à l'hôpital, j'ai préféré donner à ce chapitre la forme clinique, et reproduire ici, pour ainsi dire, l'examen de chacun de mes malades, au lieu de la simple et aride énumération des causes qu'on trouve dans les livres.

Chaque fois qu'un individu atteint d'urétrite chronique est venu consulter, avant toute exploration locale, il a été interrogé et examiné à un triple point de vue :

1° A quelle hygiène est-il soumis?

2° Quels ont été les traitements déjà employés, surtout pendant la période aiguë de l'affection?

3° Quel est le malade auquel on a affaire ?

Tels sont en effet les trois points importants que le chirurgien doit préalablement mettre en lumière; il y trouve la plupart du temps l'explication de la persistance de l'écoulement, explication sans laquelle il lui est impossible d'instituer un traitement rationnel et efficace.

A. — A QUELLE HYGIÈNE LE MALADE EST-IL SOUMIS ?

Si fréquemment la blennorrhagie est mal soignée sous le rapport thérapeutique, elle l'est bien plus souvent encore hygiéniquement parlant. Et cependant, on ne devrait jamais oublier que, pour cette affection, l'hygiène guérit presque autant que les médicaments. Un homme qui, au début d'une chaudepisse, voudrait se considérer comme réellement malade et par suite observer un régime, garder la chambre, sinon le lit,... verrait presque toujours son uréthrite durer non plus quelques semaines, mais douze à quinze jours à peine, et sans qu'il y ait de complications. Si elle passe et reste à l'état chronique, c'est fort souvent de la faute des malades, et en général ceux qui guérissent ont été plus heureux que sages.

Astreindre un homme ordinairement jeune et actif aux rigueurs d'une vie et d'un régime, dont le médecin apprécie seul l'importance, est en effet chose parfois bien difficile. L'ouvrier ne peut interrompre son dur labeur qui est son gagne-pain; l'homme d'affaires, le commerçant doit continuer ses occupations journalières; le mondain ne s'arrache pas aisément aux veilles fatigantes des soirées passées au bal, au théâtre...; le militaire est obligé de fournir quoti-

diennement de longues marches à pied ou des courses prolongées à cheval... et, si l'on se constituait malade, on serait obligé d'avouer.

D'ailleurs, dans l'esprit de beaucoup de gens, une blennorrhagie n'a rien de grave : c'est tout au plus un léger accident, qui pendant plusieurs jours les forcera à certaines privations dans leur régime alimentaire et surtout dans leurs boissons. On supprime temporairement la bière, les vins blancs, les alcools, le café, puis, un jour, alors que l'écoulement est à peine tari ou n'existe plus qu'à l'état de suintement insignifiant, survient une invitation qu'on ne peut, dit-on, refuser. Un léger excès alcoolique se produit, et, souvent dès le lendemain, on constate soit une recrudescence de l'état aigu, soit l'installation définitive de cette goutte matinale qui, dans bien des cas, constitue le seul symptôme de l'uréthrite chronique.

Généralement, les rapports sexuels sont interrompus pendant la période aiguë de l'uréthrite : le blennorrhagien craint pour lui les douleurs et les dangers du coït, pour la femme la contamination presque inévitable. Mais, lorsqu'il voit son méat à peu près sec depuis quelques jours, souvent il a hâte de mettre fin à une continence de plusieurs semaines. Il veut essayer ses forces et il se permet un seul rapprochement avec une femme qu'il juge et qui est en effet absolument saine. Cette unique infraction suffit parfois pour rappeler un écoulement disparu depuis assez longtemps déjà et lui imprimer un caractère de véritable chronicité. Bienheureux encore sera l'imprudent qui ne verra pas alors éclater une blennorrhagie nouvelle. Combien de malades ont aussi suivi l'avis de ces singuliers conseillers qui précé-

nisent le coït à outrance et des libations exagérées, ou engagent à contracter une chaudepisse aiguë, pour guérir ainsi, disent-ils, une goutte militaire.

Bien que se privant du coït, l'individu au déclin d'une blennorrhagie, qui s'abandonne à d'autres excitations génitales, par exemple à la masturbation, aux érections prolongées suivies ou non de pollutions et entretenues par le commerce habituel des femmes, risquera fort de voir son mal s'éterniser.

Fatigues de tous genres, écarts de régime, relations sexuelles trop tôt reprises, telles sont les principales infractions à l'hygiène qu'ont commises et que commettent journellement les malades atteints d'urétrite chronique. Il est d'ailleurs inutile d'insister davantage sur l'importance de ces diverses causes qui retentissent autant sur l'état général que sur l'état local.

Ajoutons-y l'influence, contestée d'ailleurs, des refroidissements déterminés soit par une saison humide, soit par une habitation malsaine, qui n'interviennent peut-être qu'en agissant sur la constitution de certains rhumatisants.

B. — QUELS ONT ÉTÉ LES TRAITEMENTS DÉJÀ SUIVIS,
SURTOUT PENDANT LA PÉRIODE AIGUE?

En interrogeant en second lieu le malade sur les traitements suivis dans le cours de sa blennorrhagie, on reconnaît généralement que sous ce rapport il a été plus persistant que sous celui de l'hygiène. D'ordinaire, on se soumet beaucoup plus volontiers à un médicament désagréable ou

même, à une opération douloureuse qu'à des privations un peu sévères.

On a souvent accusé la médication dite suppressive, employée hâtivement pendant la période aiguë, d'être une des principales causes de la goutte militaire. Pressés d'en finir, les malades, au plus fort de l'inflammation, s'empres-sent d'absorber force médicaments et de s'administrer des injections aussi fréquentes que variées. Sous cette influence, il peut se faire que l'écoulement cesse, mais il reparait bientôt à la première suspension du traitement. Ces alternatives d'amélioration et d'aggravation se continuent ainsi pendant des mois entiers, suivant qu'on arrête ou qu'on reprend les remèdes.

Peut-être serait-il juste de distinguer, dans l'accusation portée contre la médication hâtive, la part qui revient aux balsamiques de celle qui doit être attribuée aux injections, et d'absoudre presque complètement les premiers pour condamner plus sévèrement les seconds. Un grand nombre de spécialistes distingués, parmi lesquels M. Diday (de Lyon) se montre le plus intransigeant, sont d'avis de *laisser couler* la chaudepissé et de ne songer à la *couper* qu'après la disparition complète de tout phénomène aigu, douloureux et inflammatoire. « Tant qu'il existe, disent-ils, des cuis- » sons pendant la miction, des douleurs pendant les érec- » tions nocturnes, il est *absolument* nécessaire de se borner » aux émoullients, tels que bains, tisanes... etc. » Ne risque-t-on pas ainsi d'attendre pendant de longues semaines¹ et de laisser le malade impatient commencer une médication

1. M. Diday cite le cas d'un de ses malades, dont il laissa couler la blennorrhagie pendant onze mois avant d'administrer les balsamiques.

pour le moins empirique, au lieu de la thérapeutique suppressive que son médecin lui refuse? En outre, n'est-ce pas dans cette temporisation excessive qu'il faut chercher l'origine de certains écoulements interminables, essentiellement atoniques, contre lesquels, au bout d'un stage prolongé outre mesure, le copahu et le cubèbe demeurent sans vertu. Aussi, après quelques jours consacrés à l'administration exclusive des antiphlogistiques, on ne doit point trop tarder à recourir aux balsamiques.

Tout différent est le cas des injections, qui, de l'avis presque unanime, sont un remède de la fin de la blennorrhagie; prématurées, elles sont toujours nuisibles. Et dans l'injection, ce qui est condamnable, ce n'est pas surtout la médication qui la constitue, à moins pourtant qu'on emploie ces drogues non pas médicinales mais purement industrielles dont on rencontre les annonces à la quatrième page des journaux; celles-là peuvent être parfaitement dangereuses par leur nature même. Mais une injection vraiment médicale, prescrite par un praticien sérieux, et qui, dans la dernière période de la maladie, serait très salubre, produira, prise au début, des effets la plupart du temps déplorables. Ou elle ne suspendra que passagèrement l'écoulement, lequel ne tardera pas à revêtir le caractère chronique, ou bien, ce qui est plus grave, pour peu qu'elle soit poussée énergiquement, elle ira porter dans l'urèthre profond l'inflammation qui, sans elle, serait restée limitée à l'avant-canal. Mais je me suis suffisamment étendu plus haut sur ce point, et j'aurai à y revenir ailleurs en traitant des localisations de l'urétrite chronique.

Outre la prolongation exagérée du traitement antiphlo-

gistique, outre l'usage prématuré de la médication suppressive, l'abus de cette dernière est un autre excès, qui peut certainement influencer la marche de l'écoulement. Quelques-uns de nos malades racontaient avoir absorbé des doses vraiment phénoménales de balsamiques (50 ou 60 capsules de copahu par jour durant plusieurs semaines). En regard de ces individus capables de dévaliser en quelques jours une officine de pharmacien, M. le professeur Fournier en cite d'autres qui, guéris de leur blennorrhagie, s'étaient donné de véritables *uréthrites d'injections*.

Signalons encore comme cause possible de la chronicité de l'uréthrite, l'association de traitements contradictoires et dont les effets se neutralisent. Quelquefois un malade continue l'usage quotidien de tisanes délayantes alors qu'il s'est déjà mis aux balsamiques; ou bien il prend encore des bains en même temps qu'il s'administre des injections. Et il s'étonne de la persistance de son écoulement!

Enfin, dans bien des cas, le traitement est cessé prématurément. Je ne parle ici, bien entendu, que de la médication, car on sait que les règles d'une stricte hygiène doivent être observées durant plusieurs semaines, sinon plusieurs mois, après la guérison complète. Sous peine de voir reparaitre bientôt l'écoulement, il est bon, dès que celui-ci est totalement tari, de continuer soit les balsamiques, soit les injections, pendant une dizaine de jours à doses ordinaires; puis, pendant dix jours encore, à doses régulièrement décroissantes.

Quant à la médication abortive, c'est à dessein que j'ai omis d'y faire allusion. Car, de deux choses l'une : ou son action substitutive guérira d'emblée l'écoulement en en-

rayant le développement de l'inflammation blennorrhagique, ou, au contraire, l'injection ne fera qu'augmenter cette inflammation, qu'on pourra dans la suite combattre par les moyens appropriés. Ici je n'ai naturellement en vue qu'une injection poussée méthodiquement et prudemment dans l'avant-canal, le seul atteint au début, et ne forçant pas la barrière du sphincter inter-urétral; sinon, on risque de déterminer ces cystites, ces prostatites, ces orchites suraiguës, imputables seulement à la maladresse de l'opérateur. En somme, il est peu probable que ce mode de traitement hâtif ait une influence bien marquée sur l'établissement de la chronicité de l'écoulement.

C. — QUEL EST LE MALADE AUQUEL ON A AFFAIRE ?

Après s'être minutieusement enquis des détails hygiéniques et thérapeutiques qui viennent d'être énumérés, c'est à l'examen du malade lui-même qu'on doit procéder. Il peut se faire que le blennorrhagien ait scrupuleusement gardé les lois d'une hygiène sévère, qu'il ait été rationnellement traité, et cependant il lui reste un suintement urétral qui dure depuis des mois entiers. Dans ses antécédents, dans sa constitution héréditaire ou acquise, souvent on trouve la raison étiologique de cette persistance, qu'aucune autre cause n'explique suffisamment.

L'interrogatoire sur son *passé blennorrhagique* s'impose tout d'abord, car Ricord n'a-t-il pas dit : « Plus on a eu de blennorrhagies, plus facilement on en contracte de nouvelles, qui sont de moins en moins douloureuses et de plus en plus longues et difficiles à guérir..... » Du reste,

le malade attire ordinairement de lui-même l'attention sur sa première chaudepisse : c'est une circonstance qui fait époque dans la vie. Il faut lui en faire préciser exactement la date, quand bien même il lui donnerait le nom de léger écoulement, de petit échauffement... etc. On arrive parfois ainsi à soupçonner l'existence possible de rétrécissements que l'urétrite actuelle n'a certainement pas déterminés, à moins qu'elle ne dure depuis longtemps déjà.

Ce n'est pas seulement la date de ses diverses histoires blennorrhagiques qu'il faut savoir ; il est nécessaire de les reconstituer et de les récapituler, pour ainsi dire, en s'informant de leur *marche* et de leur *durée*, de leurs *rechutes* ou *récidives* plus ou moins faciles, ainsi que des *complications* dont elles ont pu être suivies : cystite, prostatite, épидидymite par exemple. Nous avons admis, on se le rappelle, que toutes les fois que l'inflammation blennorrhagique dépasse le bulbe, il y a complication. Les arthrites ne doivent pas être oubliées.

Quant aux *antécédents purement urinaires*, ils ont aussi leur importance. Ainsi, il est intéressant de savoir qu'un malade a eu jadis de l'incontinence infantile. Sans voir, comme Marchal (de Calvi), des tuberculeux futurs dans tous les enfants atteints de cette infirmité, à plusieurs reprises j'ai cru trouver une certaine relation entre ces troubles urinaires de l'enfance ou de l'adolescence, et la prolongation ou l'extension faciles des blennorrhagies de l'âge adulte. Il doit y avoir là plus qu'une simple coïncidence : ne pourrait-on pas, dans ces cas, attribuer un rôle à la faiblesse ancienne du sphincter inter-urétral ?

D'autres fois, à une certaine époque, et en dehors de

tout processus blennorrhagique, des malades ont eu, sans cause appréciable, des mictions un peu fréquentes, parfois légèrement douloureuses à la fin et suivies de l'expulsion de deux ou trois gouttes de sang. Même sans aucun trouble de la fonction urinaire, ils ont pu présenter ces petites et passagères hématuries que M. le professeur Guyon a appelées *prémonitoires* et qu'il compare aux crachats sanglants, avant-coureurs de la phthisie pulmonaire. Cet indice très probable de tuberculose urinaire qui sommeille est certes d'une valeur capitale, et engage le médecin à rechercher les divers *états morbides constitutionnels* dont son malade est ou a été autrefois atteint.

Ces derniers sont au nombre de trois principaux; ce sont en effet surtout la *scrofule*, la *tuberculose* et le *rhumatisme* qui accompagnent l'uréthrite chronique. Souvent, c'est la seule influence de ces diathèses qu'on peut invoquer pour expliquer la prolongation indéfinie de l'écoulement blennorrhagique.

La scrofule ne présente quelquefois plus, au moment où l'on examine le malade, de manifestations bien apparentes. Quelques cicatrices d'abcès froids, quelques ganglions engorgés, la répétition facile de coryzas prolongés sont, dans certains cas, les seules traces du vice strumeux. Mais, il faut interroger le malade sur les affections de son enfance, lui demander s'il a eu, étant petit, des maux d'yeux, des croûtes dans les cheveux, des glandes au cou... Personne aujourd'hui ne révoque en doute la déplorable influence de ce fâcheux état constitutionnel sur la marche des maladies aiguës. Parfois, sans être manifestement scrofuleux, l'individu atteint de blennorrhée est simplement lymphatique.

C'est un homme blond ou roux, au teint plus ou moins pâle, aux yeux bleus, d'un caractère nerveux et impressionnable, sans énergie physique ni morale, tels sont précisément ces sujets mal doués, chez lesquels une blennorrhagie revêt presque d'emblée les allures de la forme chronique.

Quant à la tuberculose, qui offre tant d'affinité avec la scrofule, si même elle ne s'y rattache pas par des liens plus étroits encore, elle possède avec les écoulements uréthraux des relations diversement interprétées par les auteurs. Les uns, comme M. le professeur Richet et son élève le Dr Mougins, ont vu dans une blennorrhée rebelle la cause d'une tuberculisation génito-urinaire chez un sujet plus ou moins prédisposé. Les autres, au contraire, comme MM. Barnier et Védrine dans leurs thèses de doctorat de 1873, en ont fait le premier symptôme prodromique, parfois très éloigné, d'une tuberculose déjà existante.

Il n'est pas question ici de l'urétrite réellement tuberculeuse, due au développement de granulations grises et jaunes sur la muqueuse du canal. S'appuyant sur des autopsies, Dolbeau, M. Guyon, et son élève M. Tapret, dans son remarquable travail sur la *Tuberculose urinaire*, l'ont incontestablement démontrée. Dans le service de mon excellent maître, j'en ai moi-même observé plusieurs cas, dont deux très remarquables, alors que j'y étais externe en 1877. — Mais, ce que je tiens à affirmer ici, ce sont et la marche spéciale et les caractères de chronicité qu'imprime à une simple blennorrhagie la tuberculose héréditaire ou acquise, confirmée ou encore larvée. Et, comme on le verra d'ailleurs plus loin, chez le tuberculeux, non seulement l'urétrite récidive et s'éternise, pour ainsi dire à l'infini, mais elle

semble se localiser dans l'urèthre postérieur. Tel est du moins le résultat de l'observation clinique. Peut-être cette localisation et cette persistance des lésions ne marquent-elles que le début d'une tuberculisation urinaire ; mais jusqu'à présent il manque la preuve anatomique, et l'on n'a pu encore saisir le moment précis où, dans le cours d'une blennorrhée, apparaissait le tubercule naissant. — Il va sans dire que l'état d'affaiblissement général du tuberculeux joue, lui aussi, un rôle important dans la marche de l'uréthrite, en dehors de toute altération locale.

Une autre diathèse qui facilite souvent aussi le passage d'une blennorrhagie de l'état aigu à l'état chronique, c'est le rhumatisme. Comme la tuberculose, il paraît influencer tout particulièrement la portion profonde de l'urèthre. Je ne reprendrai pas les longs débats qui ont eu lieu sur le rhumatisme blennorrhagique et la blennorrhagie rhumatismale. Qu'il suffise de rappeler la célèbre discussion soulevée par M. Peter, en 1867, à la Société médicale des Hôpitaux, et qui s'engagea entre MM. Fournier, Féréol, Lorain, Guéneau de Mussy, Hervieux... Tout a été dit sur ce sujet ; cependant, récemment encore (janvier 1882), les faits d'uréthrite et d'ophtalmie d'origine purement rhumatismale, apportés par M. Maurice Perrin à la tribune de l'Académie de médecine, sont venus de nouveau attirer l'attention sur la singulière liaison signalée autrefois par Ricord entre les écoulements uréthraux et la diathèse rhumatismale.

Peut-être s'étonnera-t-on de ne pas trouver l'herpétisme dans cette liste des états diathésiques, capables de déterminer ou d'entretenir la chronicité de l'uréthrite. Malgré les assertions d'auteurs compétents, ma conviction n'est pas

encore suffisamment établie, je l'avoue, pour oser placer l'herpétisme au même rang que la scrofule, la tuberculose et le rhumatisme.

Il me reste à parler d'une dernière cause de la blennorrhée, signalée dans un très grand nombre d'ouvrages, qui s'accordent à lui attribuer une importance capitale : ce sont les *rétrécissements de l'urèthre*. Pour les uns, en effet, le suintement uréthral ne serait dû qu'à un certain degré de coarctation du canal, même très léger et commençant pour ainsi dire ; les autres prétendent que l'écoulement est seulement entretenu par la présence d'un ou de plusieurs points rétrécis, en arrière desquels le pus reste accumulé. Ces opinions, presque unanimement acceptées, ont été cependant battues en brèche par quelques auteurs.

Ainsi, en Amérique, dans ces dernières années, à l'époque des recherches de M. Otis (de New-York) sur le calibre normal de l'urèthre, un débat fameux s'est élevé entre ce chirurgien et un de ses compatriotes, le professeur Sands. Le premier attribue exclusivement à un rétrécissement, tant léger soit-il, tous les écoulements chroniques du canal. Mais on sait que M. Otis assigne au conduit uréthral un diamètre moyen de 10 à 12 millimètres ; aussi, déclare-t-il rétréci un urèthre qui n'admet pas une bougie n° 30 ou 35 de la filière française¹ ! Son contradicteur, plus modéré dans ses appréciations, croit seulement possible, mais non constante, la coïncidence de l'uréthrite chronique et de la stricture.

C'est à cette dernière opinion qu'il est sage de se ranger.

1. C'est ce que M. Otis a appelé les *rétrécissements larges*

Si l'on veut bien se reporter aux 103 observations publiées à la fin de ce travail, on verra que, chez presque tous les malades, un explorateur à boule n° 18 ou 20 parcourait facilement toute la longueur du canal, atteint cependant d'écoulement chronique. Or, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* (page 678), M. Guyon admet comme aussi exactes que possible les évaluations si précises de M. le professeur Sappey, qui a démontré qu'on ne pouvait introduire dans le canal qu'une sonde de 5 à 6 millimètres de diamètre (n°s 15 à 18) sans faire appel à la dilatabilité de ce conduit. Avec un instrument plus volumineux, on obtient non plus le *calibre normal*, mais le *calibre artificiel* de l'urèthre.

Notons encore ce fait, qu'un certain nombre de chirurgiens ont basé leur diagnostic « rétrécissement commençant » non sur une diminution de calibre, mais sur la sensation plus ou moins douloureuse éprouvée par le malade en un point déterminé du canal. Sans parler de l'arrêt physiologiquement sensible de la portion membraneuse et qui peut devenir douloureuse chez les individus nerveux et impressionnables, doit-on donc s'étonner que le contact d'une boule exploratrice relativement grosse, produise de la douleur au niveau des lésions de l'uréthrite chronique? Si quelquefois cette boule est ramenée au méat tachée de sang, au lieu de croire que l'on a eu à forcer un rétrécissement, pourquoi ne pas admettre simplement qu'on a fait saigner quelque granulation uréthrale.

D'ailleurs, en traitant de la relation de l'écoulement blennorrhéique avec le rétrécissement, les auteurs ne semblent pas s'être suffisamment préoccupés de l'existence pos-

sible d'urétrites antérieures en date. Or, nos quelques malades, dont le canal était plus ou moins rétréci, présentaient *tous*, dans leurs antécédents, une ou plusieurs blennorrhagies assez éloignées, ou bien leur urétrite actuelle durait depuis un an ou deux. Et, sans vouloir reproduire ici une statistique déjà publiée, je me contenterai de rappeler que sur 142 rétrécissements blennorrhagiques, M. le professeur Guyon en a traité quatre seulement ayant débuté moins d'un an après la chaudepisse. Souvent, au bout de 4, 5, 10 ans et même davantage, le calibre de l'urèthre n'est pas encore diminué. On voit que l'influence blennorrhagique ne se fait pas sentir d'aussi bonne heure, au point de vue du moins de la coarctation. Il serait donc téméraire de rattacher la persistance d'un écoulement datant de 6, 8 ou 10 mois à l'existence d'un rétrécissement que l'exploration ne vient aucunement démontrer, lorsqu'il n'y a pas de blennorrhagie antécédente dans le passé uréthral du malade.

Si je me permettais de produire une statistique personnelle, portant sur un ensemble de cas peu nombreux, il est vrai, mais que j'ai observés tous par moi-même, je dirais que pendant les six premiers mois de l'année 1882, 61 malades, porteurs de rétrécissements blennorrhagiques, sont passés par le service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker. 26 ont subi l'uréthrotomie interne et 35 ont été traités par la dilatation progressive. Sur ces 61 malades, quatre seulement étaient atteints d'écoulement chronique : l'un avait eu sa première blennorrhagie en 1863, l'autre en 1868, le troisième en 1870 et le quatrième en 1875.

D'après Demarquay, il serait enfin à l'entretien de la

blennorrhée une autre cause assez fréquente : ce n'est plus un rétrécissement acquis, mais bien une étroitesse congénitale : je veux parler de l'*atrésie du méat urinaire*. Par suite de ce léger vice de conformation, qu'on rencontre si souvent, le muco-pus ne s'écoulant pas aisément entretiendrait dans le canal une irritation permanente qui empêcherait le malade de guérir. Je ne conteste nullement la valeur de cette opinion, mais je ne pense pas qu'il faille attacher une importance extrême à cette disposition anatomique. Cependant, un certain nombre de nos malades (une vingtaine environ), avaient un méat assez étroit ; sur l'un d'eux, M. Guyon fut même obligé de pratiquer une incision à l'aide de l'uréthrotome à bascule pour arriver à passer des explorateurs assez volumineux, qui ne rencontrèrent d'ailleurs aucune autre résistance dans toute la longueur du canal.

C'est également, mais à un degré moindre, par obstacle au libre écoulement du pus, qu'agirait l'étroitesse congénitale du prépuce, le *phimosis*, mais ces causes sont d'importance très secondaire : il suffit de les signaler, car on y remédie très facilement.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS SUR LES LÉSIONS ET LA NATURE DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE

Intituler ce chapitre *Anatomie pathologique de l'urétrite chronique* eût été de la présomption : sous ce rapport, ma contribution personnelle, est, en effet, trop minime pour que je songe à détailler longuement ici les lésions observées sur le cadavre. Je n'ai assisté à l'autopsie que d'un seul individu, ayant présenté pendant la vie des symptômes de blennorrhée. Il est vrai que les altérations de la muqueuse uréthrale, constatées dans cette unique circonstance, étaient tellement caractéristiques et répondaient si exactement aux descriptions tracées par plusieurs auteurs, qu'on ne doit guère hésiter à admettre qu'elles se retrouvent dans la majorité des cas. Un fait isolé suffit et même n'est point nécessaire pour édifier une théorie, mais l'anatomie pathologique réclame des données exactes et nombreuses. Aussi, n'aurais-je peut-être pas osé soutenir cette manière de voir si je n'avais trouvé un appui dans les chirurgiens compétents qui ont émis des opinions analogues.

Cette unique autopsie est celle de ce malade, dont l'histoire clinique est rapportée plus loin (Voy. observation XXVI) et qui, porteur d'un écoulement chronique depuis sept ans,

est venu succomber à un érysipèle de la face dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, le 21 avril 1877. Comme on peut s'en rendre compte sur la planche coloriée placée

la fin de ce travail, les lésions sont exclusivement limitées au cul-de-sac du bulbe. A part une très légère hyperémie de la muqueuse vésicale et un peu de congestion de la prostate, les voies génito-urinaires sont parfaitement intactes, sauf dans la région sus-indiquée. C'est ainsi que les reins étaient seulement un peu volumineux et un peu congestionnés, les testicules normaux et indemnes de tuberculose (dont on ne trouve d'ailleurs nulle part la moindre trace), les glandes de Cowper non tuméfiées. La muqueuse uréthrale elle-même est saine, sans vascularisation anormale dans l'urèthre prostatique et membraneux et dans les 3/5 antérieurs de la portion spongieuse. Fait à noter, en aucun endroit, on ne découvre de point fibreux ressemblant à un commencement de rétrécissement.

Mais à l'entrée de la région membraneuse, la muqueuse semble brusquement sectionnée dans le sens transversal : d'apparence absolument lisse et normale en arrière de cette limite, elle est, au contraire, en avant irrégulière, dépolie, exulcérée très superficiellement et notablement vascularisée. En outre, on distingue un semis confluent de petites granulations rosées, extrêmement fines et formant une très légère saillie. Cet état de la muqueuse, qui n'envahit pas la portion membraneuse, s'étend dans toute la région bulbaire et même plus en avant, puisqu'on l'observe sur une longueur de 4 à 5 centimètres environ. Il est à remarquer que sa limite antérieure n'est pas nette et brusque comme la postérieure; les lésions vont en s'affaiblissant graduellement

d'arrière en avant. Nous avons signalé l'intégrité des 3/4 antérieurs de la muqueuse pénienne.

Lorsqu'en 1877 j'ai pu observer ce malade, dont l'histoire complète a été commentée dans la thèse du Dr Fauconnier (d'Hesdin) et dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires* de MM. Guyon et Bazy, j'étais attaché en qualité d'élève externe au service de mon maître, M. Guyon. Presque au début de mes études médicales, j'ai négligé de pratiquer l'examen histologique de ces granulations : c'est une lacune extrêmement regrettable, que ne comblent pas les quelques renseignements microscopiques fort incomplets relatés dans la thèse sus-indiquée. J'ajouterai cependant qu'à la coupe, le tissu sous-muqueux ne semblait atteint d'aucune altération plastique appréciable à l'œil nu.

Là se borne mon apport personnel à l'anatomie pathologique de l'uréthrite chronique : il serait insuffisant, si on n'avait la ressource de recourir aux auteurs qui se sont occupés de la question. Mais, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, en ce qui touche cette affection, la diversité des opinions entrave considérablement les recherches.

L'imagination des écrivains de toutes les époques s'est, en effet, donné carrière pour décrire les lésions de la blennorrhée. Sans parler des *caroncules*, des *carnosités*, des *chairs exubérantes* des anciens, on a successivement placé l'origine de l'écoulement dans le testicule ou les vésicules séminales, lorsqu'on voyait dans le pus blennorrhagique *un flux de semence corrompue*. Ensuite, Zeller, G. Warren, puis Littre regardèrent comme l'organe principalement atteint, soit les glandes de Cowper, soit la ou plutôt *les prostates*, comme on disait alors. Morgagni assignait comme

siège anatomique à la blennorrhée les tissus lacunaires de l'urèthre, qui portent son nom. Toutes ces opinions, sauf la première, comptent encore des partisans, même aujourd'hui. Cependant, généralement, on s'accorde à concentrer l'inflammation chronique sur la muqueuse uréthrale et ses glandes. Mais les lésions sont-elles limitées à la muqueuse seule ou la dépassent-elles pour envahir plus ou moins profondément le tissu sous-muqueux? De nouveau, sur ce sujet, les avis se partagent.

Un maître, dont le nom fait autorité en cette matière, M. le professeur Fournier, enseigne¹ que plus l'affection est ancienne, plus elle gagne en profondeur en même temps qu'elle se localise en foyers circonscrits. Après la simple hyperémie de la période aiguë, surviendrait d'abord l'exfoliation épithéliale, puis l'exulcération vraie, pouvant entamer toute l'épaisseur de la muqueuse plus ou moins tomenteuse. A une période plus avancée, les tissus sous-jacents se prendraient à leur tour et la trame spongieuse s'infiltrerait de dépôts plastiques. Quelle durée attribuer à chacune de ces phases? Elle ne peut être exactement limitée et c'est là précisément que gît la difficulté. Ces diverses étapes existent incontestablement quelquefois, mais où finit l'uréthrite et où commence le rétrécissement? Car il est de toute évidence qu'on s'est beaucoup préoccupé de celui-ci en s'occupant de celle-là. Malheureusement, les autopsies ne sont ni assez nombreuses, ni assez probantes pour donner entière satisfaction. Quand on voit, chez des malades comme celui dont je relatais, tout à l'heure l'examen né-

1. A. Fournier, Art. BLENNORRHAGIE, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

cropsique, aucune modification sous-muqueuse apparente n'accompagner un écoulement datant de sept ans, on hésite à admettre un processus évoluant aussi profondément et aussi rapidement. L'inflammation, l'engorgement, l'infiltration des tissus sous-jacents devraient se traduire par un certain degré de coarctation du canal. Or, les premiers symptômes de celle-ci ne débütent habituellement que plusieurs années après la cessation de l'écoulement. Quand le rétrécissement existe, depuis longtemps la muqueuse a repris l'aspect superficiellement lisse et poli qu'elle possède au niveau de toutes les strictures blennorrhagiques; celles-ci, dans le cas d'ulcération profonde et de perte de substance, seraient constituées par une cicatrice muqueuse irrégulière et froncée, formée de tissu nodulaire qu'on ne rencontre jamais.

Ne serait-il pas plus simple et plus rationnel de regarder l'urétrite comme l'inflammation de la muqueuse urétrale seule, de même que la conjonctivite est celle de la conjonctive, de même que le coryza est celle de la membrane de Schneider?... L'altération sous-muqueuse serait non pas une phase de l'affection, mais une complication possible et une conséquence toujours éloignée. Combien de gens ont traîné des gouttes militaires pendant des années, et qui n'ont jamais eu de rétrécissements!

Que ne puis-je appeler à mon aide le microscope! Tout dernièrement, cependant, il m'est survenu une singulière bonne fortune que je ne passerai pas sous silence. Un de mes amis et anciens collègues, le docteur Ern. Gaucher, aujourd'hui chef de clinique médicale de la Faculté, a bien voulu mettre à ma disposition quelques coupes histolo-

giques de parois uréthrales, atteintes de blennorrhagie aiguë. Voici en substance ce qu'il résulte de l'examen de ces préparations :

1° Intégrité absolue de l'épithélium ;

2° Congestion intense des vaisseaux, distendus par les globules sanguins accumulés ;

3° Infiltration très abondante d'éléments embryonnaires (noyaux et cellules du tissu conjonctif) dans la couche sous-épithéliale du derme de la muqueuse. Cette prolifération d'éléments jeunes va en diminuant graduellement vers la face profonde du chorion muqueux, qui est intacte. Inutile d'ajouter qu'aucune lésion ne se révèle au-dessous de la muqueuse.

Sans vouloir généraliser des conclusions tirées d'un fait isolé, qu'on me permette de placer en regard de cette analyse histologique celle qu'ont donnée MM. Brissaud et Segond dans leur intéressante étude anatomo-pathologique sur les rétrécissements de l'urèthre¹. On y lit :

« ... Il était manifeste que l'urèthre, dans toute l'étendue » de la portion rétrécie était le siège d'un processus inflammatoire chronique qui se traduisait :

» 1° Sur la muqueuse, par une modification très appréciable de la nature de l'épithélium dont les cellules » étaient devenues cubiques ;

» 2° Dans le chorion, par un épaissement de cette membrane dont la trame était infiltrée d'un grand nombre » d'éléments embryonnaires ;

1. Brissaud et Segond. *Étude sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre* (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, du 30 septembre 1881, n° 39).

» 3° Dans les portions fibreuses du rétrécissement lui-même, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire analogue à celle du chorion. »

Si l'on veut bien comparer histologiquement ces deux phases extrêmes, on conviendra que le processus est identique et que la période intermédiaire (l'urétrite chronique) doit présenter des lésions moyennes comme intensité, comme nombre et comme étendue, principalement en ce qui touche la prolifération embryonnaire dans le derme sous-épithélial de la muqueuse. Quant à l'épithélium cylindrique, absolument indemne dans l'urétrite aiguë, devenu cubique dans le rétrécissement, il se desquame certainement dans l'urétrite chronique, étant donnée l'abondance extrême et constante de ses cellules dans tous les examens microscopiques d'écoulement chronique que j'ai pratiqués. Ajoutons, pour n'y plus revenir, que ces cellules épithéliales cylindro-coniques proviennent, soit de la surface de la muqueuse, soit des glandules, les unes pouvant à peine être distinguées des autres, sinon peut-être par leur volume.

Si pour l'histologie on en est réduit à des déductions qui n'ont pas encore été confirmées, les variétés de lésions macroscopiques les plus nombreuses ont été constatées soit simultanément, soit séparément sur la muqueuse dans l'urétrite chronique : arborisation linéaire, injection ponctuée, tuméfaction de la muqueuse, sa desquamation épithéliale, son exulcération, l'inflammation de ses glandules, le développement à sa surface de groupes de fines granulations. Toutes ces altérations ont été vues par des observateurs consciencieux : elles existent donc, mais ce serait aller trop

loin que de faire de l'une d'elles la lésion-type, spécifique pour ainsi dire, de l'urétrite chronique.

Telle n'est pas cependant l'opinion de M. Désormeaux. « Lorsque, dit cet auteur, la blennorrhagie passe à l'état » chronique, la muqueuse d'abord simplement dépolie » devient inégale. Bientôt ces inégalités augmentent, se multiplient et finissent par former des saillies arrondies et » hémisphériques : les *granulations* sont constituées¹. » Pour l'ancien chirurgien de l'hôpital Necker, on ne devrait pas dire « urétrite chronique », mais « urétrite granuleuse ». Partant de ce principe, il a établi une théorie d'après laquelle le pus ou *virus granuleux* d'origine blennorrhéique déterminerait par contagion des granulations, ici du col utérin, là de la conjonctive, d'autres fois enfin de la muqueuse uréthrale. Cette doctrine, soutenue en partie déjà par un chirurgien belge, M. Thiry², n'a pas rencontré beaucoup d'adeptes, parce que sans doute elle a voulu trop généraliser.

L'endoscope, suppléant à l'insuffisance des autopsies, a péremptoirement démontré l'existence des granulations de l'urèthre. Certes, cet instrument est incommode et difficile à manier; avec lui, le traitement est long et douloureux et celui que nous indiquons plus loin nous paraît infiniment préférable sous tous les rapports. Mais, il est juste de reconnaître que l'endoscope a rendu à la science ce signalé service de mettre sous les yeux des lésions jusqu'alors mal connues. Quand on observe sur des centaines de malades

1. Ant. Désormeaux, *De l'endoscope et de ses applications*, page 40.

2. Thiry, *Recherches nouvelles sur les affections blennorrhagiques* in *Presse médicale de Bruxelles*, 1856, et 1 vol. in-8°, Bruxelles, 1864.

une altération qu'on montre ensuite à qui veut la voir et la toucher, il serait difficile de nier et de ne pas se rendre à l'évidence. En revanche, si l'observation est exacte, l'interprétation peut être défectueuse et prêter à la critique ; aussi, n'ai-je pas caché la défaveur qui avait accueilli l'hypothèse du *virus granuleux*.

Plusieurs fois, à l'hôpital Necker, en 1877, j'ai eu l'occasion de suivre les examens endoscopiques de M. Désormeaux, qui m'ont convaincu de l'existence d'une lésion, que j'ai retrouvée semblable dans l'unique autopsie, rapportée plus haut. Donc, je crois à la présence des granulations de la muqueuse uréthrale dans l'urétrite chronique, sans aller toutefois jusqu'à considérer cette lésion comme absolument constante et caractéristique.

Toutes ces altérations exclusivement muqueuses étant admises, comment se répartissent-elles dans la longueur du canal ? Je ne chercherai pas ici à tracer la topographie de l'urétrite chronique ; elle trouve mieux sa place dans le chapitre suivant, c'est-à-dire dans les symptômes. Je me bornerai à répéter cette phrase, si profondément vraie, que j'ai entendu plus d'une fois prononcer par mon maître, le professeur Guyon : « Souvent, dans les affections urinaires, » c'est l'anatomie pathologique pratiquée sur le vivant qui » fournit les renseignements les plus précis ! »

Il eut été cependant fort intéressant d'aborder une question très discutée à l'époque actuelle où l'on tend à faire jouer un rôle considérable aux organismes inférieurs dans la pathologie et l'évolution des maladies. Le cadre de ce

travail ne me permettra que d'effleurer ce côté de l'histoire de l'uréthrite chronique.

Depuis longtemps, la transmission ordinaire de la blennorrhagie par contagé, de même que les inoculations de pus blennorrhagique, avaient conduit à soupçonner la nature parasitaire de l'affection. En effet, le pus d'un abcès porté dans le canal y détermine une uréthrite qui n'a pas le caractère blennorrhagique et dont l'inflammation sans aucune tendance à l'extension guérit très rapidement. D'autre part, chaque jour des matières purulentes venant des reins, de la vessie, de la prostate parcourent l'urèthre sans l'enflammer. Et cependant, ni la chimie, ni le microscope, jusqu'à ces années dernières, n'avaient établi de différence entre le pus ordinaire et celui de la blennorrhagie.

M. Donné, puis M. Jousseau, dans sa thèse inaugurale (1862), crurent avoir enfin découvert cet agent infectieux si longtemps cherché. Mais les descriptions qu'ils en donnent laissent supposer qu'ils ont été très probablement induits en erreur par quelque corps étranger égaré dans le muco-pus uréthral. — Il y a une dizaine d'années, MM. Hallier et Salisbury fournirent à ce sujet des données beaucoup plus exactes que confirmèrent d'ailleurs, en 1878, les recherches et les cultures entreprises avec la collaboration de mon excellent collègue Capitan, par M. le professeur Bouchard. Dans son dernier livre¹, M. Bouchard décrit ainsi le microbe de la blennorrhagie : « Il est constitué par des » micrococci légèrement allongés et effilés à une extré- » mité, ayant l'apparence d'une virgule très courte. Ils peu-

1. Ch. Bouchard, *Des maladies par ralentissement de la nutrition* (Cours de pathologie générale, publié par le Dr H. Frémy), Paris, 1882.

» vent s'associer deux par deux ou former des chapelets
» de trois ou quatre grains : ils sont mobiles et animés de
» mouvements d'oscillation et de translation. On les trouve
» libres entre les globules purulents, mais on les voit éga-
» lement dans l'intérieur des leucocytes... »

Les microbes constatés dans le pus des blennorrhagies aiguës se retrouvent-ils dans les écoulements de l'urétrite chronique ? Il m'a paru intéressant de les rechercher chez les malades soumis à mon observation et je suis arrivé aux résultats suivants.

Tout d'abord mon examen n'a porté que sur vingt-deux cas seulement, mon attention n'ayant été appelée qu'assez tardivement sur ce point particulier. Parmi ces 22 malades, 7 avaient un écoulement blanc jaunâtre assez franchement purulent, quoique datant de plusieurs mois; chez 10 d'entre eux, le linge était à peine taché par quelques gouttes de muco-pus, peu épais; enfin les 5 derniers ne voyaient suinter au méat qu'une légère goutte matinale absolument transparente. Or, pour la première catégorie de malades, le pus a présenté chaque fois les micrococcus, non pas sous forme de virgules, comme les a décrits M. Bouchard, mais sous celle de petits grains. En augmentant le grossissement, en variant le mode de préparation, jamais je ne suis parvenu à découvrir le petit prolongement caudiforme de ces microbes¹. Chez les dix autres malades (écoulement

1. Un de mes amis a bien voulu, sur ma demande, se charger d'entreprendre dans le laboratoire d'un de nos savants les plus éminents, quelques cultures de microbes de l'urétrite aiguë et de l'urétrite chronique : ils se sont multipliés en triplant et en quadruplant de volume, mais ils sont restés sphériques et n'ont jamais affecté la forme de virgule. Voici les résultats :

1. Blennorrhagie datant de 6 jours (la première). — Au microscope, petit

séro-purulent), ces organismes m'ont semblé moins nombreux et surtout plus solitaires. — Enfin, chez les individus à suintement matinal incolore, je ne les ai jamais rencontrés.

Faudrait-il tirer de ces recherches quelque déduction au point de vue de la contagiosité de l'écoulement? il serait téméraire de l'affirmer, quoique l'esprit soit presque involontairement porté à établir une certaine relation entre la présence de ces microbes et la nocivité du pus. Sans exagérer outre mesure l'importance de la nature parasitaire de l'urétrite blennorrhagique, il me faut cependant encore signaler deux faits qui m'ont frappé en me rappelant ce vieil adage : « *Naturam morborum ostendunt curationes* ».

microbe () . — Liquide devenu rapidement louche et acide. — Culture abondante (] 6 μ).

2. Blennorrhagie datant de 8 jours. — Au microscope, microbe () . — Liquide devenu un peu moins acide que le précédent. — Néanmoins, culture en petites taches et fines traînées au fond du vase (] 6 μ).

3. Blennorrhagie datant de 17 jours. (La malade a déjà pris du copahu depuis une dizaine de jours environ). — Au microscope, petit microbe () . — Le liquide est resté absolument limpide et neutre, et il ne s'est pas fait de culture.

4. Blennorrhée ancienne (10 mois). — Écoulement muco-purulent légèrement jaunâtre. — Au microscope, microbe un peu plus gros () . — Liquide devenu louche et acide. — Culture abondante : plusieurs chapelets semblant avoir de la tendance à se transformer en bâtonnets (] μ).

5. Blennorrhée très ancienne (plus de 2 ans). — Goutte matinale transparente et incolore. — Au microscope, pas de microbe. — Le liquide reste neutre et limpide, sans organismes.

(Voir les fig. 1 et 2 de la planche II, à la fin de ce travail).

Dans le cours de cette année, plusieurs blennorrhéens se sont, à ma connaissance, pratiqué des injections de sulfate de quinine qui ont assez rapidement tari leur écoulement : le degré de concentration de la solution était certainement trop faible pour songer à une action caustique ou même astringente. — En outre, dernièrement, un étudiant en médecine m'a affirmé avoir guéri une uréthrite datant de onze mois avec quelques injections d'une solution extrêmement diluée d'acide phénique.

CHAPITRE V

DES SYMPTOMES ET DES VARIÉTÉS CLINIQUES DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE

La symptomatologie de l'uréthrite chronique, telle qu'elle va être exposée, semblera peut-être contraire, sous certains rapports, aux idées et aux opinions généralement admises. Celles-ci assignent en particulier à l'écoulement, comme source ordinaire, les parties les plus profondes du canal, les régions membraneuse et prostatique et même la prostate. Cette manière de voir, pour ainsi dire classique, sera combattue dans ce chapitre. A l'aide des faits, tels qu'ils ont été interprétés depuis de longues années par M. le professeur Guyon, et tels qu'ils ont été vus et reproduits dans les nombreuses observations qui terminent ce travail, j'espère prouver :

1° *Que l'uréthrite chronique a son siège habituel dans la partie profonde de l'urèthre antérieur (cul-de-sac du bulbe);*

2° *Que l'urèthre postérieur est quelquefois atteint, mais que l'inflammation chronique s'y manifeste par des symptômes spéciaux.*

Les précédents chapitres ont dû d'ailleurs déjà laisser deviner cette division bien nette à établir entre *l'uréthrite antérieure* et *l'uréthrite postérieure*.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un malade vient consulter pour une uréthrite chronique, il ne se plaint la plupart du temps que d'un seul symptôme, l'écoulement. Ce dernier est en effet le phénomène principal de l'affection qui nous occupe ; aussi est-ce lui que j'étudierai tout d'abord.

Si, en premier lieu, on interroge le malade sur le moment de la journée où il observe cet écoulement, il répond presque toujours que c'est le matin, au réveil, avant la première miction. Préoccupé de son état, après y avoir plus ou moins rêvé pendant la nuit, il commence en s'éveillant à se presser la verge d'arrière en avant pour amener au méat une goutte d'un liquide soit clair et incolore, soit plus épais et opaque, soit enfin jaunâtre et purulent. Quelquefois, sans qu'il soit nécessaire d'exercer cette pression, la sécrétion vient perler d'elle-même entre les lèvres du méat : en d'autres moments, celle-ci sont comme agglutinées et accolées l'une à l'autre. Souvent, l'écoulement se réduit à cette goutte matinale, mais parfois aussi il est plus abondant et il s'écoule quelques nouvelles gouttes dans la journée, au moment par exemple où le malade vient consulter. Ce n'est là cependant que l'exception, et, ordinairement, le chirurgien qui ne peut être présent au réveil de son client ne constate pas l'écoulement lui-même, mais seulement ses traces.

A cet effet, il suffit d'examiner la chemise du malade ; du reste, celui-ci a bien soin d'attirer l'attention de ce côté. On en voit apporter à la consultation de véritables paquets de linges, de compresses, de mouchoirs, pour en montrer les taches dont ils ont minutieusement noté le jour et même l'heure d'apparition. L'examen de ces linges exige une

petite habitude, car des traces d'urine très foncée ont pu, jusqu'à un certain point, en imposer, mais alors c'était plutôt une teinte plus ou moins colorée, tandis que dans la blennorrhée ce sont de véritables taches, bien limitées, à bords nettement tranchés, ne se confondant pas les unes avec les autres. Quant à leur coloration, comme celle de l'écoulement, elle est variable. Pour M. Diday, celle-là reproduirait fidèlement celle-ci, mais en l'exagérant : c'est ainsi qu'une goutte incolore déposée sur un linge y déterminerait une tache comme empesée, la goutte opaline une tache grisâtre, la goutte blanche une tache jaune, la goutte jaune une tache verte. Remarquons toutefois qu'une importance trop grande ne doit pas être accordée à ces taches; et, à un examen superficiel et sans microscope, celles provenant d'une sécrétion prostatique ou spermatique ont quelquefois égaré le diagnostic.

Mais souvent le malade ne se contente pas de montrer les traces de l'écoulement : il veut mettre sous les yeux le corps même du délit. Alors, il presse, il tire sur sa verge et essaie de ramener du périnée vers le méat tout ce que le canal peut contenir. Le chirurgien n'a pas besoin de se livrer à ces manœuvres exagérées : néanmoins, en saisissant la verge entre deux doigts et en la pressant d'arrière en avant, il n'est pas rare qu'il arrive à faire cheminer jusqu'au méat la goutte désirée.

Borner là ses recherches directes serait insuffisant et on ne doit pas s'en tenir à ces seules données : il faut explorer le canal, afin de déterminer exactement la présence réelle et le siège précis de l'écoulement. De même qu'il a montré les lésions de l'urétrite, l'endoscope de M. Désormeaux a

rendu des services à cet égard, mais cet instrument ne fournit pas des notions aussi complètes que le moyen employé par M. Guyon.

On s'arme d'abord d'un explorateur, c'est-à-dire d'une bougie en gomme à bouche olivaire, n° 18, par exemple. Puis, sachant que le canal doit être examiné en deux fois, on introduit l'instrument dans l'urèthre jusqu'à ce qu'il soit arrêté, en un mot, jusqu'au cul-de-sac du bulbe. A ce niveau, la boule olivaire vient buter à l'entrée de la portion membraneuse, contre le sphincter uréthral : c'est là une étape bien déterminée, une limite bien fixe qu'on ne dépasse pas dans cette première manœuvre. Surtout, qu'on n'aille pas tenir compte alors des centimètres; le chirurgien est un anatomiste, il sait que la longueur de l'urèthre est extrêmement variable, et qu'il ne peut dans ce cas se baser sur une notion de mesure.

Non seulement on n'appuiera pas son diagnostic de localisation sur la longueur dont on enfonce l'instrument, mais on ne s'en rapportera pas non plus à la douleur. J'ai dit que le sphincter membraneux est le siège normal d'une certaine sensibilité, très développée chez les sujets nerveux. Au niveau de ce point, naturellement rétréci, le choc et la pression de la boule olivaire, tendant à pénétrer dans l'urèthre profond, provoquent parfois une légère douleur que les malades traduisent en s'écriant : « C'est là que je souffre, c'est là qu'est le siège de mon mal ! » — Ramenant alors doucement sa bougie vers le méat, en ayant eu soin de ne pas forcer la porte d'entrée du second urèthre, on voit sortir de ce canal, dont la pression n'avait rien fait couler, une olive couverte de mucosités purulentes, surtout au

niveau de son talon. C'est qu'on a été, pour ainsi dire, pêcher le pus dans son nid, dans son gîte véritable, le cul-de-sac du bulbe. Parfois, la sécrétion n'apparaît au méat que lorsque la boule olivaire a été retirée ; c'est que celle-ci a permis l'écartement des parois uréthrales, normalement accolées, et, jouant jusqu'à un certain point le rôle de piston, elle a entraîné à sa suite une ou deux gouttes qui stagnaient dans la région bulbaire. — Cette exploration est répétée sans inconvénients deux ou trois fois de suite.

L'avant-canal étant ainsi complètement nettoyé (on peut même y pratiquer un lavage à l'aide d'une injection, telle que je l'ai décrite plus haut), il reste à examiner l'urèthre postérieur. Que l'on ait trouvé ou non du pus dans sa première recherche, cette seconde exploration est absolument indispensable. Cette fois, on ne s'arrête plus à la porte de l'urèthre profond ; on y pénètre, on s'y promène, en allant même jusqu'à la vessie ; puis on revient au méat... De cette façon, on est renseigné avec précision, et l'on sait si l'écoulement a pour siège l'urèthre antérieur seulement, l'urèthre postérieur seulement, ou bien les deux urèthres à la fois.

On n'objectera pas que les sécrétions ont pu passer d'elles-mêmes d'un urèthre à l'autre ; les preuves expérimentales, cliniques et autres, données précédemment de la tonicité du sphincter uréthral, répondent suffisamment de sa fermeture absolue. Ce ne sont pas quelques gouttes de pus qui seraient capables de vaincre sa résistance ; je ferai exception cependant pour certaines sécrétions prostatiques abondantes, qu'une sorte de petite éjaculation aide à entre-bâiller la porte de séparation des deux urèthres.

Pour compléter l'examen direct, les diverses modifications de la miction doivent être soigneusement recherchées. Il faut savoir si celle-ci est plus fréquente que de coutume, plus impérieuse, si elle est douloureuse, à quel moment et dans quelles conditions. — Bien entendu, on ne négligera pas d'interroger le malade au point de vue des hématuries. — L'inspection, et même l'analyse des urines est toujours nécessaire. Il n'est pas très rare de les trouver troubles et plus ou moins purulentes, les unes au commencement, les autres à la fin de la miction. Pour bien juger de cette différence, il suffit de faire uriner le malade en deux verres; disons de suite que le premier, contenant la première moitié de la miction montre d'ordinaire une urine moins claire et moins limpide que le second : on en verra plus loin la raison.

Si l'on ajoute le toucher rectal qui, sous aucun prétexte, ne doit être oublié, et qui permet de constater l'état si important à connaître de la prostate, des vésicules séminales..., on aura un aperçu de l'examen local tel qu'il a été pratiqué chez tous nos malades. Dans le chapitre III, j'ai indiqué comment avaient été conduites l'interrogation et les investigations sur les antécédents blennorrhagiques ou autres et sur l'état général de ces malades.

Joint à l'étude des autres symptômes fonctionnels, cet examen complet conduit à diviser l'urétrite chronique en deux variétés, cliniques et anatomiques à la fois, *l'urétrite antérieure* et *l'urétrite postérieure*, suivant qu'elle est localisée dans l'avant-canal ou dans la portion membrano-prostatique. Toute autre, en effet, est la physionomie de l'af-

fection suivant son siège, et si je n'ai pas parlé plus tôt de ce dernier, c'est que j'ai cru préférable d'attendre à ce moment pour « pratiquer l'anatomie pathologique sur le vivant », comme dit M. le professeur Guyon. On verra d'ailleurs, par ce qui va suivre, comment la clinique est intimement unie à l'anatomie.

§ 1. Uréthrite chronique antérieure.

Que convient-il d'entendre par cette dénomination, sinon la localisation des lésions et des symptômes de l'inflammation chronique blennorrhagique dans l'urèthre antérieur, c'est-à-dire dans cette partie du canal étendue du méat au ligament de Carcassonne, ou mieux à l'entrée de la portion membraneuse. On a dit jusqu'à présent que les altérations chroniques de l'uréthrite se cantonnent généralement dans l'urèthre profond : armé de nombreuses observations cliniques, je viens affirmer le contraire et renverser la proposition en disant : « *Ordinairement, l'uréthrite chronique siège dans l'avant-canal, et en particulier dans le cul-de-sac du bulbe.* » J'encours, je le sais, une grave responsabilité en osant contredire ainsi des opinions classiques; mais, en matière scientifique, les faits s'imposent; et lorsque, sur 103 malades atteints d'écoulement chronique, on a constaté 74 fois la même variété clinique de l'affection, on se croit autorisé à admettre que celle-ci est la plus fréquente.

D'ailleurs, pourquoi la blennorrhagie, dont j'ai plus haut analysé la marche et montré la localisation habituelle dans l'urèthre antérieur, irait-elle, en passant à l'état chronique, envahir l'urèthre postérieur qu'elle n'atteint pas ordinaire-

ment pendant sa période aiguë ? Ce n'est pas quand les phénomènes inflammatoires sont infiniment moins intenses, qu'on leur suppose la force de franchir la barrière opposée par la région membraneuse. En outre, si l'on considère les faits, non plus qui précèdent, mais qui suivent l'urétrite chronique, on reconnaîtra que les rétrécissements consécutifs n'occupent jamais que l'urèthre antérieur et que le plus étroit est toujours situé dans la région bulbaire. Je sais bien qu'on a voulu expliquer l'intégrité de la portion membrano-prostatique par une différence de structure anatomique : l'existence du cylindre spongio-vasculaire, a-t-on dit, expose davantage l'avant-canal à l'inflammation et par suite aux coarctations ultérieures. Je l'admets volontiers, mais tout au moins devrait-on rencontrer *quelquefois* des rétrécissements blennorrhagiques dans l'arrière-canal, et M. Guyon n'en a *jamais* trouvé un seul, lui qui a exploré tant de canaux rétrécis. D'autres organes, tels que l'œsophage ou l'intestin, dont la structure n'est pas en somme très sensiblement différente de celle de la portion membraneuse, sont affectés de rétrécissements dans les points où ils ont été atteints d'une inflammation vive ou prolongée. Pourquoi l'urèthre échapperait-il à cette loi commune ? Quant à la portion prostatique, enclavée dans la prostate, elle devrait puiser dans l'urèthre par les nombreux canaux de cette glande le virus blennorrhagique. Mieux que les corps spongieux, la prostate devrait s'enflammer, en s'imprégnant, en quelque sorte, des liquides irritants, et être exposée, par suite, à ce travail pathologique qui aboutit à la genèse des rétrécissements.

Ce ne sont certainement pas des raisons de structure

qu'il convient d'invoquer, et la simple disposition anatomique de la région bulbaire suffit pour expliquer la localisation si fréquente et la persistance des lésions dans le cul-de-sac uréthral. Cette sorte de réceptacle naturel n'en rappelle-t-il pas un autre, qui chez la femme présente avec lui la plus frappante analogie. Aussi, par une heureuse comparaison, bien souvent M. le professeur Guyon a appelé cette dépression, située à la partie la plus reculée de l'urèthre antérieur : le « *cul-de-sac vaginal postérieur de l'homme* ». En vertu même de sa forme, permettant aux sécrétions de s'y accumuler, la région bulbaire garde pendant des mois dans sa cavité, des lésions, qui depuis longtemps, ont disparu de tout le reste du canal. N'est-ce pas comme chez la femme le cul-de-sac postérieur du vagin, où la vaginite s'éternise et d'où elle est si difficile à débusquer. Dans l'un et l'autre sexe, un cul-de-sac constitue le dernier repaire de la blennorrhagie.

Quoiqu'il en soit, j'ai trouvé chez 103 malades l'uréthrite chronique exclusivement antérieure dans la proportion de 7/10 environ; aussi dis-je qu'elle est de beaucoup la plus commune. Plus loin, on verra que je ne nie pas l'existence de l'uréthrite postérieure; je l'ai observée une trentaine de fois et je lui consacrerai un chapitre spécial.

Le symptôme capital de l'uréthrite chronique antérieure est sans contredit l'*écoulement*. C'est toujours lui qu'ont eu en vue ceux qui ont appelé l'uréthrite chronique, blennorrhée, gonorrhée, goutte militaire, suintement habituel... etc. En outre, non seulement ce symptôme est prédominant, mais il est souvent unique.

Dans sa forme la plus simple, l'urétrite antérieure se réduit, en effet, à l'issue d'une goutte plus ou moins incolore qui, chaque matin, vient suinter au méat. Ce point est déjà important à noter, car toute la nuit la portion membraneuse est restée hermétiquement fermée, et c'est avant que la première miction l'ait entr'ouverte qu'on constate l'écoulement. On ne songe vraiment pas à accorder à cette gouttelette la puissance nécessaire pour forcer le sphincter urétral. Dans mes expériences sur l'urèthre, j'ai montré que, de 40 gouttes instillées en arrière de cette barrière, *pas une seule* ne repassait dans la dépression bulbaire. Au contraire, deux ou trois gouttes déposées dans le cul-de-sac du bulbe ne tardent pas à revenir au méat. Cette apparition matinale de la sécrétion uréthrale cadre donc très exactement avec ses autres caractères pour confirmer tout d'abord notre manière de voir.

L'écoulement se borne-t-il à cet unique suintement du matin ? Je ne le prétends pas et il n'est pas très rare de constater d'autres gouttes dans la journée ; mais il faut savoir que celles-ci sont aussi fort souvent balayées et entraînées par l'urine, à mesure qu'elles se produisent. Elles ont besoin de plusieurs heures, vu leur quantité très minime pour se former, s'accumuler et progresser jusqu'au dehors. La nuit seulement se trouve réalisée cette condition, à moins que dans le jour les mictions soient très espacées ou la sécrétion très abondante¹.

Les caractères physiques de l'écoulement ont une impor-

1. A propos de l'abondance de l'écoulement, comme à chaque pas dans l'histoire de l'urétrite, se retrouve l'influence manifeste des diathèses. Ainsi un lymphatique, un strumeux, aura un écoulement relativement plus abondant, plus épais, plus purulent, *catarrhal* en un mot, et surtout très pro-

tance relativement secondaire. Tantôt incolore et transparent, tantôt muco-purulent ou même tout à fait jaunâtre, il reproduit, a-t-on dit, assez fidèlement le degré d'inflammation de la muqueuse uréthrale. Il peut être clair, épais ou visqueux. Mais, des variations de quantité, de couleur et de consistance se manifestent fréquemment sous la plus légère influence : une fatigue, un excès de boisson, un seul coït, une simple pollution nocturne, ou même une érection prolongée modifient totalement la sécrétion du jour au lendemain.

Que cette dernière soit limpide ou opaque, le microscope y découvre toujours les mêmes éléments, c'est-à-dire des cellules épithéliales de l'urèthre et surtout des globules blancs ; seulement, la proportion de ceux-ci varie énormément, puisqu'en somme, c'est leur quantité qui détermine le degré d'opacité de l'écoulement. Je n'insiste pas ici sur la présence des microbes ; ailleurs (chapitre IV), j'ai traité cette question. Du reste, on peut voir sur les planches qui terminent ce travail la figuration des éléments observés dans mes examens microscopiques (Voy fig. 1 et 2 de la planche II).

Voici donc l'écoulement sous les yeux du chirurgien qui en connaît les caractères physiques et histologiques et surtout le mode d'apparition ; cela ne lui suffit pas, quoiqu'il ait déjà de fortes présomptions pour penser qu'il se trouve en présence d'une uréthrite chronique antérieure. Le diagnostic n'est complet que si l'examen local du malade, c'est

longé sous cette forme. Un rhumatisant au contraire, après une période aiguë, parfois extrêmement courte (10 ou 12 jours), verra son uréthrite ne plus se manifester que par deux ou trois gouttes quotidiennes, mais qui persisteront pendant plusieurs mois.

à-dire l'exploration du canal est venu affirmer le siège exact de la lésion et préciser le lieu de production de l'écoulement.

On sait déjà comment il faut procéder : c'est à l'aide d'un explorateur à boule de moyen volume (n° 15 ou 16) qu'on pratique la recherche du pus. Puisqu'il n'existe presque jamais de rétrécissement, une olive plus volumineuse (n° 18 ou 20) pourrait être employée à cet effet, mais elle aurait l'inconvénient de trop frotter à l'aller les parois uréthrales et de refouler toujours au-devant d'elle la sécrétion cherchée. Au retour, il est bon de suivre avec la tige la paroi supérieure ou inférieure de l'urèthre de façon à donner à la boule olivaire une direction non parallèle à l'axe du canal, mais légèrement oblique. Enfoncé d'abord jusqu'au milieu de la portion spongieuse, l'instrument ramène d'ordinaire peu ou même point de sécrétion ; mais, si une seconde fois on le conduit dans le cul-de-sac du bulbe, jusqu'à l'entrée de l'urèthre membraneux contre laquelle on le sent buter, il rapporte alors sur le talon de la boule une certaine quantité de muco-pus caractéristique. A deux ou trois reprises, on répète cette manœuvre, en ayant soin à chaque fois de tourner et de retourner sur elle-même la petite olive dans le cul-de-sac bulbaire, afin de la bien imprégner du liquide plus ou moins concret accumulé dans cette dépression. Quand on est certain que l'avant-canal est ainsi nettoyé (et j'ai déjà répété que, pour éviter toute erreur, on peut en pratiquer le lavage à *canal ouvert*), on pénètre alors seulement dans l'urèthre postérieur en forçant le sphincter membraneux avec la boule exploratrice. Si elle ressort sans aucune trace de sécrétions purulentes, ou si celles-ci ne s'écoulent pas dans la minute qui suit cet entre-bâillement

de la barrière sphinctérienne, on doit être assuré que l'urèthre postérieur est indemne.

Tels sont les signes de l'uréthrite chronique antérieure : les symptômes fonctionnels qui les accompagnent sont très peu complexes, quand ils existent.

La *douleur* réelle, soit spontanée, soit provoquée par les mictions, ne se rencontre jamais. Tout au plus, certains malades accusent-ils une sensation à peine désagréable et fugitive dans le canal, laquelle s'exagère un peu et se transforme parfois en très légères cuissons pendant l'émission des urines. Les démangeaisons au gland, les pesanteurs au périnée, qui ont été signalées, sont tout à fait exceptionnelles dans cette variété d'uréthrite.

Les *mictions* ne sont ni plus fréquentes ni plus difficiles qu'auparavant : elles commencent et se terminent sans douleurs. — Quant aux *urines* habituellement claires, elles présentent quelquefois un très faible nuage ou un très petit bouchon muqueux en suspension dans le premier verre, lorsqu'on a eu soin de faire uriner le malade en deux verres. Mais ce dépôt est tout à fait inappréciable, surtout lorsque le malade urine après que son urèthre a été nettoyé par l'explorateur à boule olivaire.

Si, dans l'examen direct, il n'a pas été parlé du *toucher rectal*, c'est qu'ordinairement cette exploration, qui ne doit cependant être jamais omise, ne renseigne que fort peu le chirurgien. A moins que le sujet ne soit tuberculeux, jamais on ne constate d'altération appréciable, ni même de sensibilité anormale de la prostate ni des vésicules séminales, lorsque l'uréthrite chronique siège dans l'urèthre antérieur

seulement. Chez aucun des malades soumis à notre observation, nous n'avons négligé de pratiquer le toucher rectal, lorsque l'urétrite était exclusivement antérieure, jamais le doigt n'a rencontré quoi que ce fût qui pût faire soupçonner une altération de la prostate. Comme d'ailleurs dans l'écoulement de l'urétrite antérieure, le microscope n'a jamais révélé la présence de ces corpuscules, que je décrirai plus loin, à la suite de M. le professeur Robin, comme éléments caractéristiques du liquide prostatique.

Quant à la marche de l'urétrite chronique antérieure, elle est fort simple. Succédant toujours à une blennorrhagie aiguë, cette affection reste cantonnée dans l'avant-canal, et spécialement dans son gîte habituel, le cul-de-sac du bulbe, durant des semaines, des mois, des années, tant qu'un traitement approprié, à la fois général et local, ne vient pas y mettre un terme. Mais envahit-elle l'urèthre profond? en d'autres termes, une urétrite chronique antérieure peut-elle devenir postérieure sous certaines influences? A cette question, la réponse doit être exactement la même et tout aussi affirmative que pour l'urétrite aiguë. (Voir chapitre II.)

J'ai vu, chez certains malades, un cathétérisme imprudent, une injection forcée, un excès quelconque, amener l'invasion presque immédiate de l'urèthre profond qui jusque-là avait été sauvegardé. Mais ces faits, il faut le reconnaître, sont plus rares quand l'inflammation uréthrale est passée à l'état chronique que lorsqu'elle est encore en pleine période d'acuité. Il en est de même pour la propagation spontanée sous l'influence des diathèses. Aussi, le plus souvent, quand

on se trouve en présence d'une uréthrite postérieure chronique, on a lieu de croire que cette uréthrite est devenue postérieure pendant le stade aigu de l'affection et qu'elle l'est restée depuis lors. Ce n'est pas à dire pour cela qu'une uréthrite, devenue postérieure pendant la période aiguë, ne puisse guérir, en laissant après elle des lésions chroniques persistantes, dans l'avant-canal. Ainsi, chez un individu ayant présenté dans le cours d'une blennorrhagie des phénomènes de cystite et de prostatite, signes évidents d'uréthrite postérieure aiguë, l'inflammation, en devenant chronique, peut abandonner l'urèthre profond pour se localiser comme d'ordinaire dans le cul-de-sac du bulbe. Le malade de l'observation XIX est un bel exemple de cette marche rétrograde. Enfin, comme on va le voir dans le paragraphe suivant, l'uréthrite postérieure s'accompagne très souvent d'uréthrite antérieure.

§ II. Uréthrite chronique postérieure.

Ainsi localisée dans les régions membraneuse et prostatique, cette uréthrite chronique a été admise comme la plus ordinaire, sinon la seule, par l'immense majorité des auteurs : ils ont fixé dans l'urèthre profond le siège de ces lésions qui se traduisent par l'écoulement blennorrhéique. Or, on a vu que 103 observations prises au hasard et nullement triées donnent un résultat tout différent et montrent l'inflammation chronique et sa sécrétion 74 fois dans l'urèthre antérieur et 29 fois seulement dans l'arrière-canal.

L'uréthrite chronique postérieure existe donc, mais à un degré de fréquence beaucoup moindre que l'antérieure. De

même que les deux urèthres possèdent une anatomie et surtout une physiologie distinctes, de même les deux uréthrites chroniques offrent chacune une symptomatologie spéciale. Car ici, il va falloir accorder une large part aux symptômes fonctionnels qui ont manqué presque totalement dans l'uréthrite bulbaire.

En effet, le symptôme constant, noté par moi *dans tous les cas* où l'inflammation occupait l'urèthre profond, c'est la *fréquence des mictions*. D'ailleurs, ce fait ne vient-il pas à l'appui de cette opinion de M. le professeur Guyon, qui regarde l'urèthre membrano-prostatique comme une sorte de prolongement du col vésical.

Si on interroge le malade sur les différentes phases par lesquelles est passée son affection, il attire toujours l'attention sur ce point. Il raconte tout d'abord l'histoire de la période aiguë de sa blennorrhagie : celle-ci a pu rester limitée à l'urèthre antérieur, ou, sous une des influences signalées plus haut, s'étendre à l'arrière-canal. Dans le premier cas, ce n'est qu'à une époque parfois fort éloignée du début et quand l'écoulement était réduit à quelques gouttes insignifiantes que la fréquence des mictions est apparue, marquant l'invasion soit spontanée, soit provoquée de l'urèthre postérieur. Dans le second cas, cette fréquence s'est continuée presque sans interruption, avec des périodes d'aggravation et d'amélioration cependant, depuis que l'inflammation aiguë a pénétré au delà de la portion membraneuse. Ce symptôme, qu'on attribue d'ordinaire à une cystite du col, s'il est le plus gênant, n'est pourtant pas celui qui a le plus frappé l'esprit du malade.

C'est surtout l'écoulement qui l'inquiète. Mais, avant

d'étudier les caractères d'aspect, de composition, de mode de production de l'écoulement dans l'uréthrite postérieure, il est un fait d'une importance capitale qu'il est nécessaire de mentionner. En le laissant de côté, on serait exposé à commettre des erreurs d'interprétation fort préjudiciables, et c'est probablement parce qu'on l'a négligé que tant d'obscurité a régné sur l'affection qui nous occupe. Je veux parler de la coïncidence des lésions de l'uréthrite chronique en avant et en arrière du sphincter uréthral. Pour ainsi dire, dans chacune de mes 29 observations d'uréthrite postérieure, les malades présentaient en même temps des signes d'uréthrite antérieure. A ceux-ci viennent alors se surajouter ceux d'un écoulement profond, mais ils doivent être soigneusement distingués les uns des autres. Tout à l'heure, on a vu la goutte matinale suinter avant que la première miction ait entr'ouvert le sphincter uréthral. Ce symptôme se rencontre aussi dans l'uréthrite postérieure, mais seulement dans le cas où il existe des lésions concomitantes de l'avant-canal : car, la portion membraneuse joue son rôle de barrière infranchissable. Les deux ou trois gouttes purulentes, nées en arrière d'elle, ne parviennent pas à sortir de l'urèthre profond : elles y restent accumulées pendant la nuit, sans pouvoir pénétrer et progresser dans la portion spongieuse. Aussi vont-elles s'écouler, mélangées au premier jet d'urine et entraînées par lui, souvent sous forme de bouchons muqueux, de filaments blanchâtres, nageant dans l'urine, qui ont le don de tant effrayer les malades. — Tel est le cas le plus simple, le degré le plus léger de l'écoulement chronique postérieur.

D'autres fois, le pus est sécrété en plus grande abon-

dance par la muqueuse de la région profonde du canal. Alors, dans la journée, à intervalles plus ou moins irréguliers, se produit une sorte de petite éjaculation qui porte au méat quelques gouttes blanchâtres. Quoique ce phénomène ne s'accompagne d'aucune sensation voluptueuse, et que les malades s'aperçoivent seulement que tout d'un coup ils sont plus mouillés, beaucoup pensent alors être affectés de pertes spermatiques. C'est cependant simplement la distension de l'urèthre membrano-prostatique qui a provoqué la contraction réflexe des muscles éjaculateurs, et déterminé, en même temps que la brusque ouverture du sphincter membraneux, cette petite émission intermittente.

Dans d'autres cas enfin, c'est à la fin de la miction qu'un liquide épais et blanchâtre s'échappe du canal. Le même phénomène se produit également pendant la défécation, lorsqu'un bol fécal volumineux et dur comprime au passage la prostate et l'urèthre postérieur. Ces deux modes d'apparition de l'écoulement ne s'observent que dans les cas de prostatite accompagnant l'urétrite.

En somme, l'issue de la sécrétion muco-purulente dans l'urétrite postérieure se produit de trois manières :

1° Sous forme de nuages, de bouchons, de filaments entraînés par le premier jet d'urine ;

2° Sous forme d'éjaculation en miniature à tous les moments de la journée ;

3° Sous forme de quelques gouttes apparaissant, soit pendant la défécation, soit à la fin de la miction, au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

Ajoutons que, si la sécrétion de l'urétrite antérieure varie comme aspect, de la transparence incolore à l'opacité

jaunâtre, celle de l'urétrite postérieure semble toujours la même, blanchâtre et légèrement laiteuse, quelle qu'en soit la quantité.

Quel est donc ce liquide et d'où vient-il? On touche ici à l'un des points les plus discutés et aussi les plus obscurs de la pathologie. Comme les malades, les auteurs anciens, frappés par l'aspect et la consistance de cet écoulement survenant par petites éjaculations, l'ont pris pour une émission séminale; ce qui concordait d'ailleurs avec leur opinion, faisant de la gonorrhée une affection des voies génitales plutôt qu'urinaires. Le microscope est venu lever tous les doutes à cet égard : sauf Lallemand, aucun observateur n'a découvert de spermatozoïdes vivants ou morts dans ce liquide. Gross (de Philadelphie) et Ledwich, notamment, ont longuement insisté sur l'absence de ces animalcules. Je ne m'attarderai donc pas à discuter cette hypothèse d'une origine spermatique reconnue fausse.

Les vésicules séminales, dont plusieurs fois, dans mes observations, j'ai noté par le toucher rectal les changements de forme et de consistance, contribuent peut-être, a-t-on dit encore, par leur inflammation chronique et par l'hypersecretion de leur liquide propre, à augmenter, sinon à constituer cet écoulement. C'est peu probable, pour cette unique raison que leur liquide ne pourrait parvenir dans l'urèthre que mélangé au sperme qu'elles renferment; auquel cas, le microscope décèlerait la présence de spermatozoïdes.

En dehors des mictions, trois espèces de matières, parcourent le canal : 1° le sperme qui vient d'être écarté; 2° le liquide prostatique; 3° les sécrétions uréthrales. Quelle part convient-il d'accorder dans la composition de l'écoulement

aux deux derniers liquides ? Ceci m'amène à parler de l'inflammation de la prostate, car on ne songe pas à prétendre que cette glande, à l'état sain, laisse écouler ainsi librement son produit de sécrétion, en dehors de l'éjaculation.

Que n'a-t-on pas écrit sur la prostatite chronique ? Certains auteurs, lui attribuant une fréquence exagérée, l'ont admise comme presque constante dans l'urétrite chronique ; plusieurs ont même fait de la prostate la source exclusive de la goutte militaire. Or, sur les 103 malades dont l'histoire est relatée plus loin, cette affection s'est rencontrée si rarement que je serais disposé à la regarder seulement comme une complication *possible* de l'urétrite chronique, au même titre que la cystite ou l'orchite.

La description la plus récente de la prostatite chronique est celle que donne M. Le Dentu dans son livre. Ce chirurgien lui assigne trois symptômes : 1° la fréquence plus grande des envies d'uriner ; 2° les sensations douloureuses spontanées ou provoquées par le cathétérisme et le toucher rectal ; 3° l'écoulement¹.

Les mictions fréquentes, se retrouvant avec une constance absolue dans les urétrites postérieures et dans les cystites du col, ne constituent pas d'abord un symptôme propre à la prostatite. Il en est de même des douleurs en finissant d'uriner.

L'explorateur à boule, « qui provoque, dit M. Le Dentu, une douleur vive à une distance de 14 à 16 centimètres du méat », ne fournit pas non plus une donnée très précise. Je me suis déjà prononcé sur la notion de mesure appliquée

1. Voillemie et Le Dentu t. II, p. 42 et suiv.

à l'exploration uréthrale : on comprend donc que je ne m'attache pas à montrer combien est vague, malgré son exactitude apparente, ce renseignement qui place la douleur prostatique à 15 centimètres en moyenne du méat urinaire. Est-ce que tous mes malades, affectés d'urétrite postérieure simple, n'éprouvaient pas une sensation cuisante pendant que la boule exploratrice opérait la traversée de l'urèthre profond dans toute son étendue, aussi bien et avec une égale intensité dans la portion membraneuse et dans la portion prostatique ? Et pourtant, chez la plupart d'entre eux, il était impossible de songer à l'existence d'une prostatite.

Le toucher direct de la glande par le rectum représente un moyen de diagnostic plus rigoureux. Comme tout organe atteint d'inflammation même chronique, la prostate est sensible à la pression du doigt, non pas sur toute sa surface, mais dans une étendue généralement assez restreinte ; ce qui laisserait croire que la prostatite est souvent partielle. — Quant aux variations de forme et de consistance, d'après le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, elles sont fort inconstantes.

Toute autre est la valeur de l'écoulement. Son apparition dans les efforts de la défécation a été signalée par la majorité des auteurs. Peut-être la connaissance imparfaite du sphincter inter-urétral était-elle un obstacle à l'interprétation exacte du rejet intermittent de l'écoulement uréthro-prostatique. On sait dans quelles conditions cette barrière permet cette pseudo-éjaculation. Mais la composition histologique de la sécrétion prostatique mérite qu'on s'y arrête.

Les micrographes, Huschke en particulier, en ont donné.

pour la plupart, des descriptions dont M. le professeur Robin a démontré l'inexactitude. Voici ce que dit ce savant histologiste dans son *Traité des humeurs* (p. 445).

« Alcalin, de consistance analogue à celle du lait épais, le liquide prostatique est d'un blanc crémeux, un peu jaunâtre.... Au microscope, il se compose : 1° d'un sérum ou mucus; 2° de nombreuses granulations d'aspect graisseux, à centre brillant et jaunâtre, à contour foncé, auxquelles le liquide doit en grande partie sa coloration blanche; 3° de granulations moléculaires grisâtres; 4° de cellules épithéliales prismatiques à cils vibratiles assez rares, mais dont on augmente le nombre en pressant la prostate et ses canaux excréteurs qu'elles tapissent; 5° quelquefois de petites concrétions ou calculs à ligne concentriques. »

Sans mettre en doute le moins du monde la parole de ce maître éminent, j'aurais voulu, sur les conseils de M. le professeur Guyon, vérifier par moi-même la composition de l'humeur prostatique. Mais, pour étudier ce liquide exempt de tout mélange, il faut l'aller chercher dans la glande elle-même sur le cadavre, et surtout immédiatement après la mort. Or, aujourd'hui plus que jamais, les corps des suppliciés sont rares et, dans nos hôpitaux, une autopsie ne peut être pratiquée que 24 heures après le décès : ce temps suffit pour altérer plus ou moins profondément le liquide prostatique, notamment les cils vibratiles des cellules épithéliales.

Néanmoins, j'ai pu me procurer quelques prostates prises au hasard et le plus près possible de la mort ; j'en ai, qu'on me passe ce terme vulgaire, exprimé le jus, qu'ensuite j'ai

porté sous l'objectif du microscope, après l'avoir légèrement coloré au picro-carmin. Avec plus ou moins de netteté, sur les sept glandes que j'ai examinées, j'ai toujours retrouvé les divers éléments indiqués par M. Robin, sauf les calculs à lignes concentriques. Les cellules épithéliales étaient plus ou moins déformées. Mais, ce qui m'a surtout frappé, c'est la régulière constance avec laquelle j'ai constaté ces granulations graisseuses à centre clair et à bord obscur; très abondantes dans les deux tiers des cas, elles n'ont jamais manqué, et elles semblaient constituer, pour ainsi dire, l'élément essentiel du liquide, comme les hématies dans le sang ou les leucocytes dans le pus. Ces derniers ont été vus deux fois, ce qui laisserait supposer que les deux prostates dont ils provenaient avaient dû subir un certain degré de sub-inflammation; ces globules blancs étaient d'ailleurs en très petite quantité.

En somme, si, d'après ce que j'ai observé par moi-même, on me demandait de formuler les symptômes de cette rare complication de l'urétrite chronique, qui a nom la prostatite chronique, voici comment je me permettrais de modifier la description de M. Le Dentu :

1° Sensibilité marquée, sinon endolorissement, de la glande au toucher rectal;

2° Augmentation de volume plus ou moins manifeste, mais constante, de l'organe et changement de consistance, que l'on reconnaît par la même exploration : tantôt c'est une sorte d'empâtement difficile à décrire, mais qu'il suffit d'avoir senti une fois pour ne pas s'y méprendre;

3° Apparition au méat d'un petit jet de liquide, obtenue par la pression du doigt sur la glande;

4° Écoulement très rarement spontané et jamais continu. Lorsque l'humeur prostatique, plus ou moins chargée de globules blancs, est hypersécrétée en très grande abondance, elle peut s'accumuler dans l'urèthre postérieur et en être rejetée de temps en temps par une sorte d'éjaculation réflexe, lorsque cette portion du canal est surdistendue. Mais ses deux principaux mode d'apparition subordonnés à une action mécanique sont : 1° dans les efforts de la défécation; 2° au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine. La glande est, dans ces deux cas, comme exprimée ici par les muscles, là par le bol fécal;

5° Les caractères de l'écoulement sont ceux du liquide prostatique plus ou moins modifié par l'inflammation. En d'autres termes, comme aspect, c'est la coloration blanc jaunâtre, crémeuse pour ainsi dire, et la consistance du lait épais. — Au microscope : cellules épithéliales cylindro-coniques avec cils vibratiles (?), granulations graisseuses constantes et caractéristiques, leucocytes abondants;

6° Envies d'uriner plus fréquentes, il est vrai, mais surtout *la nuit*, et cela par un mécanisme analogue à celui qu'on observe chez les vieillards atteints d'hypertrophie prostatique.

Qu'on me pardonne cette longue digression sur une complication assez rare : elle était fort nécessaire pour l'intelligence des faits signalés dans mes observations. Il est une autre affection, la *cystite* du col qui apparaît, soit seule, soit avec la précédente comme complication de l'urétrite chronique profonde. Un excellent et récent travail, publié comme celui-ci d'après les enseignements de notre maître

commun, M. le professeur Guyon, par mon bien cher ami et collègue M. P. Geffrier¹, a nettement tracé la marche de la cystite blennorrhagique, en complétant la thèse de M. Descours². Je n'ai à ajouter à cette étude qu'un seul mot, en ce qui concerne mon sujet. Les mictions fréquentes appartenant à la fois aux deux affections, uréthrite postérieure et cystite, je dirai que les deux affections coexistent : 1° Quand les douleurs vives et parfois les hématuries se manifesteront à la fin des mictions ; 2° quand, en faisant uriner le malade en *trois verres*, on constatera que le premier renferme un nuage muco-purulent ou des filaments blanchâtres entraînés par le premier jet, que le second contient une urine à peu près limpide et que le troisième laisse déposer du pus sorti avec les dernières gouttes³.

Un dernier point reste à établir. Dans quelles conditions

1. *Revue de chirurgie* (juin 1882).

2. L. Descours, *De la cystite blennorrhagique et de son traitement*. — Th. doct., Paris, 1881.

3. Si je n'ai pas insisté davantage sur les caractères microscopiques de l'écoulement dans l'uréthrite chronique postérieure, c'est que les notions qu'ils fournissent n'éclairent guère le diagnostic. Dans ces écoulements, on rencontre des globules blancs en abondance et des cellules épithéliales (avec ou sans microbes) : ces dernières, cylindriques avec prolongement conique plus ou moins long et contourné, peuvent appartenir indistinctement soit à la muqueuse, soit aux glandes de Littre ou aux autres glandules, car l'épithélium est sensiblement identique. Il en est de même de celui de la prostate, auquel ses cils vibratiles manquent trop souvent pour qu'on songe à y voir un élément de diagnostic. Quand on trouve des corpuscules graisseux propres à l'humeur prostatique, alors il est permis d'admettre, si les symptômes cliniques concordent, que l'écoulement provient en partie de la prostate. — J'ai figuré d'ailleurs tous ces éléments dans la planche II (fig. 3 et 4), ainsi qu'un de ces filaments blanchâtres, entraînés par le premier jet d'urine et nageant ensuite dans le vase au grand effroi des malades : ce sont, comme on le verra, des leucocytes et des cellules épithéliales agglutinés par du mucus.

l'urèthre profond est-il le siège d'une inflammation chronique? En d'autres termes, comment se fait-il qu'une affection ordinairement localisée dans l'urèthre antérieur, et spécialement dans le cul-de-sac du bulbe, franchisse-t-elle parfois le sphincter membraneux pour venir habiter la profondeur du canal? Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà développé dans le chapitre II au sujet de la propagation de la blennorrhagie aiguë sous une influence mécanique ou diathésique. Le même processus se retrouve ici, mais à un degré moindre, en ce sens que c'est d'ordinaire pendant la période aiguë que l'inflammation a passé dans l'arrière-canal et y a sommeillé au même titre que dans la région bulbeuse. En parcourant les observations, on verra néanmoins, comme je l'ai déjà dit, qu'une uréthrite aiguë postérieure (avec cystite, orchite, prostatite), peut parfaitement guérir en ne laissant après elle qu'une uréthrite chronique antérieure.

D'autre part, mais plus rarement et toujours sous les mêmes influences, l'invasion des portions membraneuse et prostatique se produit quelquefois pendant la période chronique; c'est principalement à la suite de passage de bougies destinées à combattre soit la goutte millitaire, soit « un commencement de rétrécissement ». Le malade de l'observation LXXXVIII en offre un exemple frappant.

CHAPITRE VI

DU PRONOSTIC DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE

Comme l'indique son nom, l'urétrite chronique a une marche essentiellement lente; quand elle n'est pas convenablement soignée, il est impossible d'en fixer la durée et d'en prévoir la fin: quelquefois même, les traitements les plus rationnels échouent. En 1840, M. Ricord n'observait-il pas un malade dont l'écoulement datait de la paix d'Amiens (1800)? M. Désormeaux, en 1863, traitait également un ancien officier, dont la goutte militaire n'avait pas cessé depuis une blennorrhagie contractée en Bohême, alors que les Français occupaient ce pays en 1813. Insister sur la durée toujours longue de cette affection est donc superflu, mais l'urétrite chronique est-elle grave?

Simple et dégagée de toute complication, elle n'offre pas un pronostic très alarmant. Il faut cependant signaler l'influence fâcheuse qu'un écoulement urétral, même des plus insignifiants, exerce sur l'esprit et les idées de certains individus nerveux et facilement impressionnables. Dans ces conditions, il est peu de maladies qui retentissent aussi profondément sur le moral. Parfois, une blennorrhagie un peu prolongée amène un changement radical dans la manière d'être et les habitudes de ces malheureux. On en

voit abandonner tous leurs rêves d'avenir ou une carrière déjà commencée; passant leurs journées à examiner leur méat pour y voir sourdre une goutte de pus, ils rappellent, a-t-on dit, ces derviches qui s'absorbent dans la contemplation de leur nombril. Quelques-uns ont même été poussés au suicide.

Tous les blennorrhéens, il faut le reconnaître, ne se désespèrent pas aussi facilement. Souvent après avoir essayé plus ou moins rigoureusement divers traitements inefficaces, ils vivent avec leur goutte militaire, sans en être autrement préoccupés. Mais, au moindre écart de régime, au moindre excès de coït, ils s'aperçoivent que leur suintement matinal est redevenu écoulement purulent. Sous ce rapport, il est des cas vraiment désespérants, et bien des fois on s'est demandé si l'on se trouvait en présence d'une rechute ou d'une récurrence. Aussi, dans le traitement, faut-il accorder une large part à l'hygiène et à la continence scrupuleusement observées pendant plusieurs semaines après la cessation de tout écoulement.

Une question surgit ici naturellement : *l'uréthrite chronique est-elle contagieuse ?* Comme à tous ceux qui l'ont cherchée avant moi, la solution m'en semble fort difficile et j'avoue que mon expérience personnelle ne me fournit aucun renseignement précis à cet égard. Car cette question comporte l'examen de faits qu'il est le plus souvent impossible d'observer dans leur totalité. Et cependant il serait du plus grand intérêt de savoir pertinemment si une goutte militaire peut communiquer la blennorrhagie. Ainsi, plusieurs malades, en venant consulter à l'hôpital Necker, me disaient : « Je vais me marier dans trois semaines, un mois, six semai-

nes, et je voudrais me débarrasser d'un petit écoulement que j'ai depuis plusieurs mois ou plusieurs années. » Presque tous ont guéri, il est vrai, par les instillations de nitrate d'argent; mais, qu'est-il advenu de ceux et surtout des femmes de ceux qui étaient encore affectés d'un suintement urétral au moment de leur mariage?... L'un d'eux, cependant, le nommé Wen... (malade de l'observation LXXXII), pour lequel on avait été obligé de cesser les instillations à cause de l'aggravation des symptômes cystiques qu'elles provoquaient, ne voyait plus, à la fin de juillet, qu'une légère goutte transparente et incolore suinter le matin seulement : c'est à peine si elle formait une petite tache grisâtre sur le linge; aucun autre symptôme n'accompagnait cet écoulement insignifiant. Dans les derniers jours de juillet, il se marie. Malgré ses promesses, il ne sut pas modérer ses premiers épanchements conjugaux et huit jours après (4 août), il venait me dire que sa jeune femme était atteinte d'un écoulement dont l'abondance l'inquiétait. Peut-être n'y avait-il là qu'une vulvite, conséquence si fréquente de la défloration; en tous cas, je crus prudent de conseiller les injections vaginales et la continence absolue... On sait que certains praticiens ont préconisé, comme moyen curatif de la blennorrhée, le coït régulier et modéré; mais celui des premières semaines de la vie conjugale remplit-il toujours cette dernière condition? Aussi, il est plus sage de ne pas tenter l'expérience, et puisqu'un coït peut ramener l'écoulement à l'état aigu et par suite presque inévitablement contagieux, le malade devra subordonner son premier rapprochement sexuel à la guérison absolue et confirmée pendant plusieurs semaines au moins.

En me plaçant sur le terrain exclusivement scientifique, je rappellerai ce que je disais plus haut au sujet des microbes, et comme je me le demandais au chapitre où cette question a été traitée, peut-être un jour la présence ou l'absence de ces organismes serviront-elles à décider si le pus de l'urétrite est contagieux ou non?

Quelles sont maintenant les complications qui, survenant dans le cours d'une urétrite chronique viennent en aggraver le pronostic. Celles d'ordre purement inflammatoires qu'on rencontre dans la période aiguë doivent tout d'abord être écartées. A moins de réchauffement de l'affection, les adénites, les lymphangites, les inflammations préputiales, les abcès péri-uréthraux, enfin tout le cortège d'accidents qui accompagnent la phlegmasie intense est tout au moins exceptionnel.

Quant aux complications qui résultent d'une extension de l'inflammation aux organes dont l'urèthre est le conduit excréteur, le plus souvent elles ne se rencontrent pas, par ce fait que l'urétrite chronique a pour siège habituel l'urèthre antérieur, et spécialement le cul-de-sac du bulbe. Mais, quand l'urétrite est postérieure, elles ne sont point rares. La *prostatite*, la *cystite*, l'*orchite*, sont pour ainsi dire des conséquences de cette localisation de l'affection. Il est vrai qu'intervient ici l'influence des diathèses comme cause, et en même temps aussi comme effet. Je ne veux pas dire qu'un écoulement uréthral crée une diathèse, mais il provoque singulièrement l'apparition de manifestations soit locales, soit générales, d'un état tuberculeux ou rhumatis-mal latent jusqu'alors. — De même aussi, plusieurs fois on a noté l'accélération incontestable apportée à la marche de

ces diathèses préalablement déclarées. En un mot, chez un sujet prédisposé ou non, la cystite, la prostatite, l'orchite blennorrhagiques marquent souvent le début de la tuberculose localisée de ces organes, tuberculose qu'avait déjà laissé entrevoir la propagation *spontanée* de la phlegmasie à l'urèthre profond. — Il en est de même pour le rhumatisme. Dans certaines vieilles cystites, compliquant un écoulement chronique, on se demande parfois quelle part il faut attribuer à la diathèse rhumatismale ou à la blennorrhagie. Pour ce qui est des manifestations articulaires, on sait combien elles sont relativement rares dans l'uréthrite chronique. M. le professeur Fournier les a notées huit fois seulement sur trente-neuf cas de rhumatisme blennorrhagique; et encore, dans ces huit cas la blennorrhée paraissait-elle s'être quelque peu ravivée. — L'ophtalmie est également exceptionnelle, qu'elle se produise, soit comme un résultat de la contagion directe, soit comme une métastase de nature rhumatismale.

En somme, il serait donc impossible de soutenir, pour les écoulements chroniques, l'existence de cette sorte de diathèse blennorrhagique qu'on a voulu rattacher aux écoulements aigus. Ce n'est pas à dire pour cela que la persistance de l'uréthrite n'ait pas un retentissement parfois évident sur l'état de santé générale de certains malades. Mais c'est par l'éclosion ou l'accélération des diathèses, plus ou moins généralisées cette fois, qu'elle marque son influence. J'ai eu sous les yeux, dans le cours de mes études médicales, plusieurs exemples de tuberculose pulmonaire succédant, non comme conséquence directe peut-être, mais tout au moins à l'occasion d'une blennorrhagie prolongée. Tous ces faits

n'avaient pas d'ailleurs échappé à M. le professeur Guyon, qui depuis longtemps les a signalés, en donnant à l'urétrite le nom si caractéristique de « *pierre de touche des diathèses*. »

Il est un dernier côté du pronostic, éloigné si l'on veut, que j'hésite à aborder, en raison de l'insuffisance forcée des données anatomo-pathologiques renfermées dans ce travail : je veux parler des *rétrécissements* du canal, consécutifs à l'urétrite chronique. Cliniquement, en effet, tout a été dit sur ce sujet : mon excellent maître, M. le professeur Guyon en particulier, insistant sur l'évolution lente du processus pathologique, a démontré l'apparition ordinairement tardive des premiers symptômes de coarctation uréthrale. Sa statistique est tout à fait concluante à cet égard, on sait qu'elle est ainsi répartie sur 142 cas de rétrécissements blennorrhagiques.

4 sont apparus moins de 1 an après la première urétrite.

10	»	de 1 an à 2	»
20	»	de 2 à 4 ans.	»
19	»	de 4 à 6 ans.	»
24	»	de 6 à 8 ans.	»
16	»	de 8 à 10 ans.	»
49	»	de 10 à 20 ans.	»
4	»	plus de 20 ans.	»

Si du *temps* on passe au *lieu d'apparition* des rétrécissements blennorrhagiques, on constate une concordance parfaite entre leur siège et celui de l'urétrite chronique. Quand on se trouve en présence de rétrécissements de l'urèthre, ou mieux, comme l'a dit Voillemier « *d'un urèthre rétréci* », n'est-ce pas au cul-de-sac du bulbe qu'est situé le

point le plus étroit, marquant ainsi l'altération plus profonde du canal en ce lieu par le fait de l'urétrite ? Quant aux arrêts que peut subir la boule exploratrice en arrière de la fosse naviculaire, dans la portion pénienne, à la racine de la verge ou dans la traversée du scrotum, ils sont toujours moindres, car l'inflammation de la muqueuse urétrale en ces régions a été moins intense, moins étendue en profondeur et surtout moins prolongée.

En effet, il est certain qu'un individu n'ayant été atteint que d'une chaudepisse, même très aiguë, mais courte, a beaucoup moins de chances d'être affecté plus tard de rétrécissements qu'un autre ayant eu des uréthrites multiples, dont une ou plusieurs ont été très lentes à guérir. Ces notions, depuis longtemps signalées par l'observation clinique, sont aujourd'hui confirmées par l'anatomie pathologique.

Dans le chapitre iv, j'ai établi le parallèle de deux examens microscopiques des parois uréthrales dans la blennorrhagie aiguë et dans le rétrécissement. Or, l'infiltration d'éléments embryonnaires dans la couche sous-épithéliale de la muqueuse (urétrite aiguë) peut parfaitement n'être que passagère. Si le remède intervient prompt et efficace, non seulement la genèse des néo-cellules s'arrête, mais presque toutes celles qui se sont développées sous l'influence du processus pathologique sont susceptibles de disparaître à la longue, là comme partout ailleurs. Qu'avant cette complète disparition, survienne une rechute ou une récurrence, aussitôt un nouvel élan est imprimé à la prolifération embryonnaire qui s'étend et gagne en profondeur, atteignant les couches inférieures de la muqueuse et le tissu

sous-muqueux. Alors, les éléments hyperplasiés, en suivant leur évolution complète et en passant à l'état de fibres lamineuses plus ou moins compactes, déterminent des épaissements et des indurations : le rétrécissement est constitué.

CHAPITRE VII

DU DIAGNOSTIC DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE

Après les aperçus cliniques qui précèdent, le diagnostic de l'urétrite chronique blennorrhagique s'impose ; j'avais même hésité à lui consacrer un chapitre distinct. Mais en réfléchissant que, dans l'histoire d'une affection aussi répandue et aussi mal connue, les moindres détails ont leur importance, je me suis décidé à donner quelques lignes au développement de ces deux questions.

1° L'écoulement qui se fait par l'urèthre ne provient-il pas d'une inflammation chronique des organes voisins?

2° S'il vient du canal, y a-t-il urétrite et à quelle variété d'urétrite chronique a-t-on affaire?

I. — Le début des accidents par une blennorrhagie aiguë devrait au premier abord ne laisser aucun doute sur la nature de l'écoulement. Que celui-ci dure depuis des mois ou des années, qu'il se soit plusieurs fois modifié comme quantité et plus ou moins transformé comme qualité, le phénomène initial, l'accident primitif pour ainsi dire, est connu et devrait empêcher d'ordinaire toute hésitation. Cependant, il peut se faire que, chez un individu ayant été atteint d'une blennorrhagie, certaines suppurations, versées dans le canal,

laissent croire à une prolongation de l'affection uréthrale. Le plus souvent, dans ces cas, le pus provient d'organes voisins, la *prostate* ou les vésicules séminales par exemple. On a vu plus haut ce qu'il faut penser de la prostatite chronique blennorrhagique, et l'on sait que jamais, chez nos malades, elle n'a été rencontrée à l'état isolé, c'est-à-dire sans qu'il existât d'urétrite postérieure : je n'y reviendrai pas, car il suffit de pratiquer le toucher rectal pour reconnaître cette sorte de complication de l'inflammation uréthrale profonde (Voy. p. 93)

C'est en particulier chez les tuberculeux que peut se produire une confusion, facile à commettre sans un examen omplet du malade. Ainsi, en 1878, j'ai recueilli, en qualité d'externe dans le service de M. le professeur Guyon, une observation si intéressante sous ce rapport, qu'elle a paru digne à mon maître de figurer dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. C'est celle d'un malade, couché au lit n° 16 de la salle Saint-Vincent, qui présentait un écoulement qu'on aurait pu attribuer à une urétrite chronique. Gluant, filant, quoique manifestement purulent, ce liquide suintait goutte à goutte au méat, tachant le linge. Le malade avait contracté une chaudepisse plusieurs mois auparavant, et il l'avait crue à peu près guérie, quand un jour, sans s'être, paraît-il, exposé à une nouvelle blennorrhagie, il s'était mis à couler de nouveau. Pour un observateur peu expérimenté, ces deux écoulements auraient eu une seule et même origine, le second n'étant qu'une sorte de réchauffement de l'ancien. Mais, se fondant sur certains antécédents douteux, notamment sur plusieurs hématuries apparues sans cause appréciable, M. Guyon

songea à la tuberculose. C'est alors qu'interrogeant soigneusement le malade, il apprit que, plusieurs fois par jour, il se produisait une véritable petite éjaculation; le patient avait la sensation très nette de la sortie brusque d'une quantité plus considérable de liquide et se trouvait à ce moment plus mouillé que d'habitude. A chaque miction, le jet d'urine chassait devant lui le pus accumulé dans le canal et devenait limpide aussitôt après. Un doigt introduit dans le rectum trouva la prostate irrégulière, douloureuse, fluctuante en certains points, creusée en un mot de cavernes et de lacunes en suppuration. D'ailleurs, il suffisait de presser sur cette glande pour provoquer immédiatement par le méa l'issue d'un petit flot de pus. L'autopsie vint bientôt confirmer la rigoureuse exactitude du diagnostic.

M. le professeur Fournier, dans l'article *BLENNORRHAGIE* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, cite un autre cas du même genre, observé par lui à l'hôpital Lariboisière. Il s'agissait d'un jeune homme, affecté depuis quelques mois d'un écoulement uréthral, que plusieurs médecins avaient considéré comme blennorrhagique et vainement combattu à l'aide de balsamiques et d'injections. Admis à l'hôpital pour une maladie tout à fait étrangère, il succomba, et à l'autopsie on trouva le canal absolument sain, l'origine de l'écoulement était une vaste caverne tuberculeuse de la prostate.

Il serait superflu d'insister davantage sur ces faits qui démontrent, mieux qu'une longue description la nécessité d'un interrogatoire et d'un examen complets du malade, sous le rapport de la tuberculose notamment.

Les abcès péri-uréthraux déversent aussi quelquefois

leur contenu purulent dans le canal. Ces collections peuvent exister parfois dans le cours d'une blennorrhagie aiguë, mais leur coïncidence extrêmement rare, si tant est qu'elle existe, avec les écoulements chroniques, engage à ne pas s'y arrêter. D'ailleurs, ces abcès, surtout lorsqu'ils sont tuberculeux, s'ouvrent bien plus souvent à l'extérieur. Il est d'autres circonstances où le pus vient de la *vessie* et même des *reins*; mais alors il est plus ou moins intimement mélangé à l'urine et ne sort qu'avec elle. Dans l'urétrite postérieure, ce fait se constate également. Aussi est-il toujours intéressant de savoir à quel moment précis de la miction apparaît le pus dans l'urine. Le moyen de contrôle le plus exact est l'*épreuve des deux verres*, dont j'ai parlé à plusieurs reprises déjà, mais que j'avais omis d'attribuer à son véritable auteur, Sir Henry Thompson. Cette expérience clinique est tellement classique aujourd'hui que je crois inutile de la décrire dans tous ses détails. Le premier verre contient la première moitié d'une miction; si, seul, il renferme du pus, c'est que celui-ci a été sécrété dans l'urètre profond, à moins que l'écoulement de l'urètre antérieur soit extrêmement abondant. On sait en effet, que les sécrétions de l'avant-canal n'y séjournent guère et arrivent au méat presque au fur et à mesure de leur production. Cependant, le pus observé dans le premier verre, seul est-il dû à la muqueuse uréthrale ou à la prostate? L'exploration toujours facile de cette glande, jointe à ce qui a été dit plus haut (chap. v), facilitera le diagnostic. — Lorsque le pus existe dans le second verre seulement, il peut encore venir de la prostate, éjaculé pour ainsi dire au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine; mais il y a plus de

chances alors, surtout lorsqu'on le trouve également dans les deux verres, pour qu'il se soit trouvé dans la vessie au moment de la miction. Quant à savoir s'il y est né sur place ou s'il y a été amené des reins par les uretères, c'est l'analyse des symptômes vésicaux et rénaux qui en rendra compte.

L'examen microscopique ne sera point d'ailleurs négligé. Ici, il montrera ces cylindres hyalins ou épithéliaux, caractéristiques des lésions du rein, que l'aspect seul des « urines rénales » aura déjà laissé soupçonner. Là, on trouvera des cellules épithéliales de la vessie ou les éléments des diverses productions morbides de ce réservoir, ou enfin les granulations propres du liquide prostatique. — Lesspermatozoïdes seront facilement distingués.

Pour ce qui est de l'analyse chimique, les résultats qu'elle pourrait fournir n'offrent que peu d'intérêt dans l'affection qui nous occupe.

II. — En second lieu, l'écoulement a pris naissance dans l'urèthre.

Tout d'abord, il me faut signaler cette sécrétion incolore, transparente, filante et visqueuse qui suinte au méat après les érections prolongées : elle ressemble à de la glycérine ou mieux à la salive de la glande sous-maxillaire. Plusieurs malades, névropathes et nosomanes pour la plupart, et ayant abusé de leurs organes génitaux par coït, onanisme ou même simples excitations prolongées, guéris de leur uréthrite chronique, sont revenus cette année à l'hôpital très inquiets de ce qu'ils prenaient pour un nouvel écoulement ou de la spermatorrhée. Ce fait seul qu'il se produit *seulement après les érections* lève tous les doutes ; du reste, l'exa-

men de ce liquide montre bien qu'il est dû à la suractivité passagère des glandes uréthrales (glandules de la muqueuse, glandes de Méry ou de Cowper...), et ne contient pas de leucocytes.

Peut-être sont-ce des écoulements d'un genre analogue, auxquels se joignait un certain degré d'irritation de la muqueuse, que M. Diday (de Lyon) a décrits sous le nom d'*uréthorrhée*. En 1861, dans les *Archives de médecine*, cet auteur a exposé les caractères cliniques d'une sorte d'uréthrite qui semblerait *chronique d'emblée*. A la suite de rapports avec une femme indemne de blennorrhagie, mais arrivée à une époque menstruelle, il aurait observé chez certains individus, et cela sans période aiguë, des écoulements très peu abondants, à peu près indolents, transparents et visqueux. J'avoue n'avoir jamais rencontré cette forme d'uréthrite, vu que tous les malades dont les observations sont rapportées plus loin, avaient présenté au début un stade franchement inflammatoire, auquel s'était substitué ultérieurement le suintement chronique, plus tôt chez les rhumatisants, plus tardivement chez les strumeux... (Voy. ci-dessus la note de la page 80.)

Mais, pour un grand nombre d'auteurs, certaines uréthrites reconnaîtraient, en dehors de tout coït impur, pour cause exclusive la *diathèse rhumatismale*. Sans parler de ces « gonorrhées épidémiques et catarrhales », survenant par les temps froids et humides, qu'avait signalées Hippocrate et qui ont été admises en Allemagne, il me suffira de citer Hunter, Hecker, Hernandez, Schönlein (de Zurich), Alibert, Requin, Mercier, Ricord, Cullerier, qui tous ont vu des écoulements uréthraux apparaissant chez des individus

atteints ou soupçonnés de rhumatisme, alors qu'aucun contact blennorrhagique n'était admissible. Chacun connaît l'importante discussion qui eut lieu en 1867 à la *Société médicale des Hôpitaux* sur les rapports de la blennorrhagie et du rhumatisme. En outre, un grand nombre de monographies et de thèses ont été publiées sur l'urétrite rhumatismale. — Dans le cours de ce travail, à plusieurs reprises, l'attention a été attirée sur l'influence manifeste exercée par cette diathèse sur la marche et l'extension de l'inflammation uréthrale; cette part doit certainement lui être accordée beaucoup plus large que celle qui lui reviendrait comme cause réellement productrice de l'écoulement. En tout cas, si l'on se trouvait en présence d'un de ces faits rares d'urétrite exclusivement rhumatismale, l'apparition de l'écoulement chez un arthritique, *sans coït impur* et sans période aiguë bien marquée, la propagation facile et spontanée de l'inflammation à l'urètre profond, son alternance avec des manifestations articulaires qui la modifient, et enfin sa guérison par un traitement général anti-rhumatismal, devraient suffire à établir le diagnostic. Il faut se rappeler toutefois qu'un rhumatisant comme un tuberculeux peut contracter une urétrite d'origine purement blennorrhagique; celle-ci est aggravée plus ou moins par la diathèse, qui même éclate ou s'accélère parfois à ce propos, comme je l'ai indiqué; mais il est impossible de soutenir la plupart du temps que l'état constitutionnel a seul causé l'écoulement.

La *tuberculose uréthrale* existe incontestablement (j'en ai rapporté plusieurs exemples), mais suivant M. Tapret, elle se rencontre exceptionnellement à l'état isolé, surtout

dans l'avant-canal. Elle siège d'habitude dans l'urèthre profond et coïncide alors avec la cystite ou la prostatite tuberculeuses avec lesquelles elle se confond en grande partie. Ici encore, l'influence modificatrice de la diathèse l'emporte considérablement sur son influence vraiment causale : à une blennorrhée persistante succède une tuberculose urinaire bien plus souvent que celle-ci ne détermine une uréthrite chronique. Il est cependant beaucoup de « cas limites », comme les appelle M. Guyon, dans lesquels on se demande où commence cliniquement l'uréthrite tuberculeuse et où finit l'uréthrite blennorrhagique. Alors, plus que jamais, l'examen et l'interrogatoire complets du malade s'imposent au chirurgien.

Il est bien rare que les *chancres* du canal produisent un écoulement *chronique* : la suppuration sanieuse qu'ils engendrent dure à peine quelques semaines. Bientôt se montrent, après l'apparition de la pléiade ganglionnaire, les accidents secondaires cutanés et muqueux qui lèvent toute hésitation. D'ailleurs, le siège peu profond des ulcérations chancreuses, limitées presque toujours à la fosse naviculaire est facilement accessible à la vue, à l'aide d'un méatoscope.

Enfin, lorsque l'origine blennorrhagique n'est pas douteuse, il s'agit de savoir à quelle variété clinique on a affaire, c'est-à-dire si les lésions et les symptômes sont localisés dans l'avant-canal ou dans l'urèthre profond. Ces deux uréthrites, comme on a pu en juger dans le chapitre v, possèdent des symptômes tellement distincts, que je me permettrai d'y renvoyer pour éviter des redites inutiles.

CHAPITRE VIII

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE

Arrivé presque au terme de ce travail, il me faut aborder une question qui, on peut le dire, a souvent lassé la patience et mis en défaut la sagacité des praticiens les plus expérimentés. Fort difficile serait donc ma tâche, si je ne possédais, pour m'aider à la remplir, le puissant appui de nombreuses observations cliniques, poursuivies quotidiennement pendant plusieurs mois dans le service et d'après les savants conseils de mon excellent maître M. le professeur Guyon.

Les méthodes curatives dirigées contre l'uréthrite chronique ont été et sont encore aussi multiples que variées, ce qui est d'ailleurs le propre de toute affection rebelle ou mal connue. Les unes, basées sur des données de science vraie, ont pu obtenir de réels succès; les autres, dues à l'imagination des empiriques, sinon des charlatans, ont le plus souvent échoué quand elles n'ont pas été nuisibles. Je ne songe pas à les décrire toutes en détail dans ce chapitre; quelques-unes cependant doivent y trouver place, et je les résumerai brièvement avant d'arriver au mode de traitement appliqué aux malades dont on lira plus loin les observations.

Malgré cette parole de Ricord : « *Contre certaines blen-*

norrhées, il faut essayer de ne plus rien faire et les laisser mourir de vieillesse... », il est incontestable que le médecin a constamment à intervenir et presque toujours par une thérapeutique à la fois locale et générale; car, bien rarement, l'une des deux suffit seule à amener la guérison de l'écoulement.

Avant de recourir à la médication purement locale, quelquefois on a administré les balsamiques, le copahu, le cubèbe...; or, chacun sait que ces précieux modificateurs de l'urine, si actifs dans l'urétrite aiguë, restent à peu près impuissants contre la blennorrhée. Peut-être une exception devrait-elle être admise en faveur de l'*essence de santal*, qui, dans certains cas, a été associée à notre traitement. Cependant, d'après les observations de Ricord, les balsamiques auraient parfois tari des écoulements chroniques, à la condition d'être employés à petites doses et d'une façon soutenue (6 à 7 grammes de cubèbe chaque jour par exemple); on en aurait ainsi obtenu des effets que n'avaient pu produire des doses massives.

§ 1. Traitement local.

Dans les livres hippocratiques, il n'est fait aucune mention de la médication topique de l'urèthre : son histoire ne commence en réalité qu'à Galien, qui prescrit le premier des injections émollientes et astringentes, ainsi que des poudres d'alun, de sabine..., incorporées à des excipients divers et portées dans le canal à l'aide de cathéters.

Les commentateurs de Galien traitent des maladies de l'urèthre sans rien ajouter à ses idées; il en est de même des

Arabes. Il était d'usage alors de rapporter presque toutes les affections urinaires (écoulement, rétrécissements, rétentions d'urine, etc.), à la présence de caroncules ou de carnosités développées autour du col de la vessie. Malgré les enseignements probants de l'anatomie pathologique, il n'y a pas encore bien longtemps qu'une telle opinion n'a plus force de loi.

Le moyen âge, muet sur ce point comme sur beaucoup d'autres, ne nous fournit que des injections composées par François de Pedemonte (1330) avec de la poudre de safran et de camphre délayée dans de l'eau de roses.

Puis, survient avec la Renaissance cette recrudescence dans les maladies vénériennes succédant aux guerres d'Italie et à la découverte de l'Amérique. C'est alors le règne des bougies médicamenteuses, employées par Jean de Vigo (1460), Guainerius (1508), Amatus Lusitanus (1540), Alphonse Ferri et André Lacuna (1551), Christophe de Vêga (1552), Diaz (1588).

Notre Ambroise Paré, qui connaissait aussi ces bougies, invente cependant une canule d'argent par laquelle il pousse dans l'urèthre des poudres d'ocre, d'antimoine, de sabine, à l'aide d'une tige faisant l'office de piston.

Au commencement du xvii^e siècle, Fabrice d'Acquapendente et Fabrice de Hilden modifient cet instrument et usent de méthodes à peu près semblables.

Pendant toute la durée du xviii^e siècle, on continue à imaginer des préparations servant à composer des injections ou à fabriquer des bougies; mais chaque inventeur fait, pour ainsi dire, un mystère de ses recettes.

Dans le siècle actuel, après une période de véritable en-

gouement pour le caustique lunaire, on semble tout d'abord revenir aux procédés des anciens. Bretonneau, Velpeau, Cullerier, Ricord, Civiale, Jobert de Lamballe, tout en prescrivant des injections, enduisent des bougies ou même en font confectionner avec différentes poudres ou pommades.

Jusqu'alors on ne s'est guère préoccupé de localiser la médication à une portion plus ou moins restreinte du canal, lorsque coup sur coup on construit une série d'instruments destinés à cet usage. Qu'il me suffise de citer les porte-caustiques de Lallemand, de Chassaignac, les cautérisations endoscopiques de M. Désormeaux, les insufflations de poudres médicamenteuses de MM. Jacquemier et Mallez, le petit instrument si primitif de M. Dubé (de Pont-du-Château)... Chacune de ces inventions marquait un pas dans la voie de la localisation du traitement, que les instillations de M. le professeur Guyon ont si complètement réalisée.

Il ressort, en effet, de l'étude de l'uréthrite chronique, telle qu'elle a été présentée plus haut, que les lésions sont toujours plus ou moins circonscrites. Or, il est logique de limiter l'action modificatrice du remède à la seule portion de la muqueuse qui est malade. Suffisamment énergique, et elle doit l'être, cette action pourra influencer d'une manière fâcheuse les parties saines du canal; faible, elle ne remplira pas son but et demeurera inefficace sur les points altérés, au niveau desquels il faut concentrer toute la puissance du médicament.

Examinons comment les principaux moyens thérapeutiques préconisés de nos jours, répondent à cette indication de la localisation du traitement.

A. — INJECTIONS

En traitant, au commencement de ce travail, de la physiologie de l'urèthre et de l'uréthrite aiguë, je me suis longuement étendu sur la façon dont se comportent les injections dans le canal, suivant qu'elles sont poussées doucement ou énergiquement, en petite ou en grande quantité à la fois. Dans le premier cas, on a vu qu'elles baignaient et lavaient seulement l'avant-canal quand on les laissait ressortir par le méat au fur et à mesure de leur introduction. Dans le second, elles forcent l'entrée du sphincter membraneux et peuvent pénétrer par l'urèthre postérieur jusqu'à la vessie.

Or, supposons une uréthrite chronique limitée à l'urèthre antérieur, ce qui est le cas le plus fréquent. L'injection, pratiquée à canal ouvert, doit modifier le cul-de-sac du bulbe, lieu d'élection des lésions. Le malade est-il apte à déterminer lui-même le degré de pression nécessaire pour faire arriver le liquide jusqu'à ce point relativement reculé? D'après mes expériences cadavériques, on a pu juger que cette petite opération n'était pas toujours facile.

D'un autre côté, si le malade risque de ne pas atteindre le but, c'est-à-dire le cul-de-sac du bulbe, ne court-il pas aussi le danger de le dépasser? Lorsque, pour être sûr de parvenir jusqu'au point malade, il applique le bec de la seringue aux lèvres du méat, il va presque inévitablement pousser le liquide et le pus qu'il entraîne jusque dans l'urèthre profond. On lui a conseillé, il est vrai, de s'asseoir sur le barreau d'une chaise, de se placer un tampon au pé-

rinée, de se presser avec les doigts la racine de la verge... ; mais alors l'injection ne franchira pas la portion membraneuse pour cette excellente raison qu'elle n'arrivera même pas au cul-de-sac du bulbe !

Quand l'urèthre postérieur est seul atteint, comme je l'ai constaté dans quelques cas, pourquoi constamment balayer avec un liquide plus ou moins irritant tout l'avant-canal, qui n'a nul besoin de médication ?

Je n'ai pas encore parlé de la nature même des injections, et l'on voit déjà que la difficulté, sinon le danger, de leur mode d'administration suffirait à les faire rejeter. D'autant plus que c'est un moyen curatif dont les malades se réservent à eux-mêmes l'application. Aussi, livrés à leurs propres inspirations, souvent à un moment donné ils le négligent, comme d'autres fois ils en abusent ; le traitement est, en un mot, à la merci de leurs caprices.

Il est des cas cependant où, avec toutes les recommandations désirables, des injections ont été ordonnées à certains de nos malades atteints d'uréthrite chronique. Nous citerons comme exemple le malade de l'observation XV. Cet homme, cuisinier chez le duc de X^{***}, vient consulter à l'hôpital Necker, le 29 mai 1882, pour un écoulement uréthral datant d'une année environ. Après examen, une uréthrite chronique exclusivement antérieure est diagnostiquée, siégeant comme d'ordinaire dans le cul-de-sac du bulbe. On conseille alors au malade de venir trois fois par semaine à l'hôpital se faire pratiquer des instillations de nitrate d'argent, mais il répond que le lendemain même il doit partir pour trois ou quatre mois avec ses maîtres, qui vont habiter un château situé au fond de la province et éloigné de tout

secours médical. C'était un cas de force majeure; aussi, fut-on contraint de lui prescrire des injections, en lui en donnant non seulement la formule, mais aussi le mode d'emploi exactement précisé. Pour l'urèthre antérieur, il est bon d'exécuter l'opération en deux fois. On recommande au malade d'injecter lentement, d'abord la moitié de la petite seringue de verre affectée à cet usage. Il maintient alors le méat fermé en y laissant appliqué le bec de l'instrument pendant deux ou trois minutes; de cette façon, le liquide a le temps de modifier les points malades, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on se contente de balayer le canal d'un seul jet; mais, comme il n'est injecté qu'en petite quantité, il n'arriverait cependant pas jusqu'au cul-de-sac du bulbe, si l'on n'avait soin de faciliter sa progression par quelques pressions douces et modérées, pratiquées avec les doigts, d'avant en arrière sur toute la longueur de l'urèthre pénienn. Après avoir laissé écouler le liquide de cette première moitié de l'injection, on répète une seconde fois la même manœuvre avec les mêmes précautions. — Si l'urétrite siègeait dans les portions profondes du canal, *dans aucun cas* on n'en devrait confier le traitement direct et local au malade lui-même.

Ce n'est pas ici le lieu de fournir une longue énumération de formules destinées à composer des injections : celles-ci varient à l'infini, et il est peu de substances végétales ou minérales, qui, associées à un véhicule quelconque, n'aient été introduites dans l'urèthre. Je me bornerai à rappeler qu'aux malades auxquels il y avait nécessité absolue d'appliquer ce mode de traitement, l'injection dite *aux trois sulfates* a été prescrite. Bien souvent, pendant mon internat

à l'hôpital du Midi, je l'ai vue employer par mon maître, M. Simonet, et j'ai pu en apprécier les résultats parfois très satisfaisants. On sait qu'elle est ainsi formulée :

Sulfate de zinc.....	{	à 1 gramme.
Sulfate de cuivre.....		
Sulfate de fer.....		
Eau.....		250 grammes.
Mucilage de gomme.....		10 —

Mais, on ne doit pas oublier que le nitrate d'argent, suivant le degré de concentration de la solution, est capable, à la volonté du chirurgien, de jouir de trois des quatre propriétés qu'on attribue aux injections. Ces dernières ont été thérapeutiquement divisées en : 1° isolantes; 2° astringentes; 3° cathérétiques; 4° caustiques. Or, une solution de nitrate d'argent au 50° est seulement astringente; au 25°, elle est cathérétique; au 12°, elle est tout à fait caustique.

Ce tout-puissant modificateur des muqueuses n'agit pas, il est vrai, comme corps isolant, mais est-ce là un défaut capital? Dans certaines inflammations blennorrhagiques, dans la vaginite par exemple, l'introduction et le séjour de simples tampons d'ouate écartant l'une de l'autre les parois vaginales amènent parfois rapidement la guérison. On conviendra que l'isolement n'est pas aussi facile à maintenir pour le conduit uréthral, constamment balayé par l'urine. Du reste, sans parler de leurs inconvénients, il est permis de douter de l'efficacité réelle, dans la blennorrhagie et dans la blennorrhée, des injections de sous-nitrate de bismuth de M. Caby, et des injections solidifiantes de M. Paillasson : celles-ci, comme on sait, constituées par une pâte molle (glycérolés de bismuth, de sulfate de zinc, de ratan-

hia...), sont contenues dans de petites vessies de plomb, analogues aux tubes de couleur des peintres, qu'on presse à l'ouverture du méat, pour introduire la matière dans le canal... C'est à peu près au même but que tendait cette autre innovation, qui n'est pas d'ailleurs entrée dans la pratique générale : je veux parler de ces insufflations uréthrales de poudres médicamenteuses à l'aide de l'appareil de M. Jacquemier et de celui de M. Mallez. Malgré les statistiques publiées sur ce sujet, en 1867, par M. Bouloumié, ce procédé n'a pas, que je sache, tenu ses promesses.

En résumé, sauf dans quelques circonstances très exceptionnelles et où l'urèthre antérieur est seul malade, les injections doivent être rejetées, non pas surtout à cause de la substance qui les compose, mais parce que :

1° Leur mode d'action ne répond aucunement à cette indication prédominante : la localisation du remède ;

2° Leur mode d'emploi, pour être conforme aux règles tracées précédemment, est d'autant plus difficile, sinon dangereux, qu'on est pour ainsi dire forcé de le confier au malade lui-même.

B. — BOUGIES

Avec les injections, les bougies constituent la base du traitement dit classique de la goutte militaire; presque tous les auteurs, ayant écrit sur la blennorrhée, préconisent, comme moyen curatif l'usage habituel des bougies.

Pour n'en citer que quelques-uns, et sans remonter au delà du siècle dernier, rappelons que Swediaur, Hunter et surtout Benj. Bell s'étendent longuement sur ce sujet.

Béniqué, dans un mémoire publié en 1844, affirme que : « L'écoulement chronique, étant un des symptômes du rétrécissement de l'urèthre, disparaît de lui-même à la fin du traitement de cette dernière affection, au moyen de la dilatation. » — Plus près de nous, M. Alph. Guérin conseille de traiter les blennorrhagies anciennes et qui ne sont pas douloureuses par le passage successif de plusieurs bougies ; d'après lui, on combattrait ainsi en même temps le rétrécissement. — En 1854, un travail de M. Rollet (de Lyon) tend à démontrer que les blennorrhées qu'on croit essentielles sont fort souvent accompagnées, sinon causées, par un certain degré d'étroitesse du canal, compatible cependant avec l'émission régulière des urines. Aussi, préconise-t-il l'emploi de bougies dilatatrices, combiné d'ailleurs avec les injections astringentes. — En 1863, un autre écrivain, le Dr Montanier, consacre dans la *Gazette des Hôpitaux* deux longs articles au *Traitement par les bougies de la blennorrhée ou goutte militaire*. — Dans son ouvrage (1868), Voillemier dit, comme Béniqué, qu'ordinairement « l'écoulement cesse de lui-même, dès que le calibre de l'urèthre est rétabli... ». — C'est également l'avis de Ricord, de M. Désormeaux dans son livre *De l'Endoscope*, en un mot de la grande majorité des chirurgiens français. Et des chirurgiens anglais, pourrais-je ajouter, puisque le plus autorisé d'entre eux en cette matière, Sir Henry Thompson, déclare que : « Très souvent le suintement uréthral est sous la dépendance d'une stricture, et il suffit de lever celle-ci pour tarir l'écoulement... » — Enfin, plus haut, j'ai signalé les opinions des chirurgiens américains, notamment celle de M. Otis sur les *rétrécissements larges*.

Il est, croyons-nous, parfaitement inutile de revenir ici encore une fois sur cette question de la coïncidence de l'urétrite chronique et du rétrécissement, traitée à plusieurs reprises dans ce travail. Or, tous les auteurs que je viens de citer ont surtout en vue le rétrécissement, lorsqu'ils préconisent le traitement de la blennorrhée par les bougies. J'ai déjà été suffisamment affirmatif à cet égard, pour ne pas craindre de dire qu'une telle pratique est presque un contre-sens, d'autant que plusieurs fois des malades ayant à la fois un rétrécissement et une urétrite chronique ont été débarrassés de l'un sans guérir de l'autre. On en trouvera des exemples dans quelques-unes de mes observations.

D'autre part, on a prêté au passage des bougies une action non seulement dilatatrice, mais encore modificatrice de la muqueuse. Deux des auteurs cités plus haut, MM. A. Guérin et Ricord, ont surtout défendu cette opinion. Le premier dit : « Que la compression produite sur les glandes uré-thrales à l'aide de grosses bougies doit entrer en ligne de » compte dans le résultat final » ; le second assure qu'en introduisant une ou deux fois par jour une bougie qu'on laisse séjourner 10 à 15 minutes dans le canal, on triomphe de certains écoulements réfractaires à tout autre moyen. « Toutefois, ajoute-t-il, la guérison ne s'effectue pas tous » jours de la même façon. Ordinairement, la sécrétion morbide est d'abord augmentée, l'instrument agissant à la » manière des irritants ; puis, en continuant, peu à peu elle » diminue pour disparaître définitivement, à moins qu'on » ne préfère alors tenter la médication suppressive. Mais » quelquefois l'écoulement décroît insensiblement sans » avoir été préalablement ravivé... » Cet éminent chirurgien

va même jusqu'à préconiser, dans ces cas, l'emploi de la sonde à demeure !

Outre l'irritation continuelle ainsi entretenue dans le canal et dont on ne comprend pas la nécessité pour obtenir la guérison, outre le réel danger de porter l'inflammation dans les régions profondes de l'urèthre qui sont encore indemnes la plupart du temps, l'emploi des bougies présente un défaut capital analogue à celui des injections : c'est de ne pas localiser le traitement. Et précisément, les principales lésions de l'uréthrite chronique ne siègent-elles pas ordinairement dans le cul-de-sac du bulbe ? Or, cette région, par son calibre subitement plus large, doit, il me semble, échapper plus que toute autre à l'action de l'instrument soi-disant modificateur.

Cette puissance modificatrice a été prêtée artificiellement aux bougies, en les enduisant de pommades diverses, comme le pratiquaient les anciens. De même aussi, on a fabriqué depuis longtemps de petites baguettes de cire ou de beurre de cacao, renfermant différentes substances plus ou moins actives. Ce sont les *bougies médicamenteuses* dont on a vu remonter l'origine aux *medici canaliculi* des ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles ; sortes de suppositoires uréthraux, elles constituent un véritable pansement interne, dont on aurait été en droit d'attendre des résultats considérables. Cependant, oublié, puis remis en faveur par Hunter et Everard Home, ce mode de traitement, il faut le reconnaître, n'a pu parvenir à se répandre et à se maintenir malgré l'autorité de ses partisans, tels que Cullerier, Velpeau, Jobert de Lamballe, Ricord, Laugier, en France ; Vinci, en Italie ; Thompson, en Angleterre ; Martin, en Allemagne... Le nouveau produit,

introduit ces années dernières dans la thérapeutique, par M. Reynal, sous le nom de *bougies porte-remèdes*, n'est pas même parvenu à se faire adopter dans la pratique journalière, principalement sans doute pour cette constante raison, que je ne me lasserai pas de répéter chaque fois qu'il s'agira du traitement de l'uréthrite chronique : il ne localise pas suffisamment son action sur le siège du mal.

C. — CAUTÉRISATIONS

Les injections, comme je l'ai dit tout à l'heure, peuvent être caustiques : il suffit, à cet effet, de forcer la dose du médicament actif, du nitrate d'argent par exemple, entrant dans leur composition. La difficulté, les dangers et l'inefficacité fréquente des injections, qu'elles soient astringentes ou caustiques, me dispensent d'y insister à nouveau. Ici, je n'ai en vue que les cautérisations pratiquées à l'aide de médicaments solides.

Il semblerait au premier abord que ce moyen localise avec précision l'action thérapeutique ; il n'en est rien cependant. Une foule d'instruments ont été imaginés dans le but de porter dans l'urèthre des caustiques de différente nature, principalement des crayons de nitrate d'argent. A la suite du porte-caustique de Lallemand, les inventeurs se sont ingénies à fabriquer de petits appareils du même genre : je citerai seulement ceux de Bron, de Chassaignac, de Clerc, de V. de Méric, de Wilemart..... Avec tous ces instruments, d'un maniement peu commode, les cautérisations étaient fort difficiles quand il fallait agir dans la partie la plus profonde de l'urèthre antérieur, et à plus forte raison dans

l'urèthre postérieur. Parfois, en outre, le crayon de nitrate d'argent se fondait très vite et l'on avait alors une véritable injection liquide très caustique, déterminant au prix de douleurs extrêmement vives des eschares du canal, des prostatites, des orchites, des cystites suraiguës, voire même des phlegmons péri-uréthraux.

L'endoscope de M. Désormeaux marqua un réel progrès. Bien que, dans son livre *Stricture of the Male Urethra*, M. Otis prétende qu'un instrument analogue existait en Amérique depuis 1804, l'ancien chirurgien de l'hôpital Necker créa véritablement la méthode endoscopique, qui depuis a été perfectionnée en Angleterre par M. Cruise. Auparavant, on cautérisait, pour ainsi dire, en aveugle ; l'appareil de M. Désormeaux permit de voir la lésion et de la toucher isolément. Après différents essais, ce chirurgien s'arrêta, pour ses cautérisations, aux petits tampons d'ouate trempés dans une solution très concentrée de nitrate d'argent.

Quels sont donc les inconvénients qui se sont opposés à l'adoption de l'endoscope ? C'est que, d'abord, le traitement est long (son auteur avoue deux ou trois mois au moins) et ensuite il faut l'avouer, singulièrement douloureux ; la grosse sonde rigide qu'on introduit dans l'urèthre n'est pas supportée par beaucoup de malades et peut d'ailleurs propager des accidents inflammatoires, comme tout autre instrument enfoncé dans la profondeur du canal. Son manuel opératoire, qui nécessite une certaine habileté et surtout une grande habitude, le prix coûteux de l'instrument représentent les raisons pratiques de la défaveur dans laquelle est tombée la méthode uréthroscopique. Si je ne ménage pas en ce mo-

ment les critiques à l'endoscope, je lui ai rendu justice lorsque j'ai parlé de l'anatomie pathologique de l'urétrite chronique, et je n'ai pas caché alors les notions précises qu'il avait fournies en mettant les lésions sur le vivant sous l'œil même de l'observateur. — Plus loin, on verra ce qu'il faut penser des solutions très concentrées, employées par M. Désormeaux.

D. — INSTILLATIONS

L'historique des instillations n'est pas long : cette méthode appartient entièrement à M. le professeur Guyon.

Il serait néanmoins injuste de passer sous silence les essais tentés par un praticien de l'Auvergne, le D^r Dubé (de Pont-du-Château), à l'aide d'un procédé qui ne pourrait donner qu'une bien faible idée de la localisation du traitement. L'instrument dont se servait ce médecin était destiné à porter dans l'urèthre une solution de nitrate d'argent au moyen d'une bougie creuse à boule olivaire : celle-ci était criblée d'un grand nombre de fins pertuis, en pomme d'arrosoir. Dans la cavité de la bougie, on introduisait un très petit morceau d'éponge, imbibée de solution caustique. Puis, après avoir conduit l'olive dans le canal, on appuyait avec un mandrin sur la petite éponge, qui, ainsi exprimée, laissait sourdre par les trous de la boule terminale une plus ou moins grande quantité de liquide. Cet instrument, si primitif, et qui représentait, pour ainsi dire l'enfance de l'art, avait certainement pour but la localisation du médicament, et c'est à ce titre seul que je le décris, car il était si manifestement défectueux qu'il est à peine besoin d'en si-

gnaler les principaux inconvénients. Était-on certain que la pression exercée par la tige métallique sur l'éponge suffisait pour projeter dans le canal la solution de nitrate d'argent ? En tout cas, il était absolument impossible de mesurer et de graduer l'injection et par suite son action. D'ailleurs, il est évident que l'incertitude qui a régné jusqu'à présent sur la localisation des lésions dans l'urétrite chronique ne permettait pas d'agir exclusivement sur la région qui est seule le siège de l'écoulement.

Les instillations de nitrate d'argent, que mon maître pratique depuis une quinzaine d'années, sont aujourd'hui connues de tous ; bien souvent, elles ont été décrites et appréciées. Néanmoins, je tiens à honneur de leur consacrer ici quelques pages, d'autant plus qu'elles ont constitué le traitement local de presque tous mes malades.

L'appareil nécessaire pour pratiquer les instillations se compose de deux instruments.

1° Un *explorateur en gomme flexible à boule olivaire*, creux dans toute sa longueur et perforé au sommet de son olive terminale d'un petit trou filiforme, qui admet à peine une épingle.

2° Une *seringue*, du même genre que celle de Pravaz, mais d'une contenance deux ou trois fois supérieure. Le mécanisme est d'ailleurs exactement semblable, et à chaque demi-tour du piston sort de l'instrument une goutte du liquide qui y est contenu. A cette seringue est adaptée une canule d'argent, filiforme à l'intérieur, conique et fûtée en pas de vis à l'extérieur : introduite par quelques mouvements de torsion dans la lumière de l'explorateur, elle y reste solidement fixée.

On sait combien est simple le fonctionnement de ce petit instrument, mais avant de s'en servir, il faut avoir soin de toujours amorcer. A cet effet, la seringue étant chargée et l'explorateur fixé à la canule, il suffit de tourner le piston jusqu'à ce que l'on voie apparaître une goutte par le trou pratiqué à la boule terminale. Cette précaution est essentielle, d'abord pour s'assurer que ce trou n'est point bouché, et ensuite pour apprécier avec exactitude le nombre de gouttes qu'on dépose dans le canal. On comprend en effet que les premières gouttes sorties de la seringue remplissent d'abord la cavité de la canule et de l'explorateur avant de faire issue au dehors.

Suivant qu'on veut agir dans l'un ou l'autre des deux urèthres, la manœuvre est un peu différente. Pour l'urèthre postérieur, après avoir franchi le sphincter membraneux, on doit, en tournant le piston, laisser tomber dans le canal une quantité de liquide relativement assez considérable. Dix gouttes au moins seront nécessaires, sinon quinze ou même vingt, car un certain nombre de celles-ci vont, comme je l'ai dit, se perdre dans la vessie. D'après les expériences relatées dans le chapitre I^{er}, il n'y a pas à craindre le reflux du liquide dans l'avant-canal. Le sphincter inter-urétral se contractant sur la tige de l'explorateur empêche toute communication entre les deux urèthres. Aussi, peut-on retirer immédiatement l'instrument, une fois l'instillation terminée. — Mais, pour l'urèthre antérieur, le cas est différent. Dans cette portion du canal, voire même dans son point le plus reculé, le cul-de-sac du bulbe, une goutte de liquide, soit qu'elle y ait été portée, soit qu'elle y soit née sur place, ne tarde pas à venir perler au méat. Aussi, lors-

qu'on veut agir dans l'avant-canal, il suffit, après avoir buté contre la porte de l'urèthre membraneux, de retirer de 2 ou 3 centimètres la boule olivaire, d'instiller len ombre de gouttes déterminé (4, 5 ou 6 ordinairement), puis de laisser l'instrument en place pendant quelques minutes : il est donc nécessaire d'employer à cet égard une boule d'assez fort calibre, n° 18 ou 20 par exemple, qui oblitère hermétiquement la lumière du canal. Le liquide a ainsi le temps de baigner et de modifier la muqueusé uréthrale. Aussitôt qu'on retire l'explorateur, les gouttes qu'on a instillées ressortent par le méat, mais, dans ce court passage, elles n'influencent que très peu le reste de la membrane interne de l'avant-canal. Une partie du liquide modificateur s'est cependant déposé sur les surfaces altérées et on s'en rend très bien compte à la miction suivante. Car, que l'on ait agi dans l'un ou l'autre urèthre, le premier jet d'urine contiendra toujours une quantité variable de petits grumeaux blanchâtres.

Dans le cas d'instillation dans l'urèthre profond, les phénomènes d'inflammation substitutive sont généralement plus ou moins accentués. Au moment même de l'opération, certains malades éprouvent une cuisson plutôt qu'une douleur vraie : celle-ci est extrêmement rare, quoiqu'on en ait dit. Dans une thèse sur la blennorrhée, soutenue en 1875 par le Dr Pouillet, on lit en effet : « Le reproche presque unique » que l'on puisse adresser à cette méthode (celle des instillations), c'est de procurer, après l'instillation de nitrate » d'argent, une douleur assez considérable, qui peut même » se prolonger pendant plusieurs heures... Il serait aussi à » désirer que le traitement par cet appareil fût seul employé sans aucun adjuvant, comme la dilatation par exem-

» ple, pour bien se rendre compte de sa valeur intrinsèque... » Je me demande combien de malades l'auteur de cette thèse a vu traiter par le procédé de M. Guyon ? Si, comme moi, il avait pratiqué lui-même des centaines d'instillations de nitrate d'argent, il aurait pu constater que la douleur qu'elles déterminent est pour ainsi dire toujours insignifiante. Quant au desideratum qu'il exprime au sujet de la non-association de la dilatation aux instillations, on verra, d'après l'histoire de mes malades, que c'est dans une dizaine de cas tout au plus, que la combinaison thérapeutique dont il parle a été employée, et cependant bien des uréthrites chroniques ont été guéries, en ne leur appliquant, comme traitement local, que les instillations seules. Du reste, à quoi bon se servir de la dilatation, puisque presque jamais l'écoulement ne coexiste avec un rétrécissement ?

Une objection beaucoup plus sérieuse pourrait être faite aux instillations : elle résulte de faits que j'ai observés pendant le traitement de mes malades. Chez quatre ou cinq d'entre eux, on a été obligé d'abandonner les instillations *dans l'urèthre postérieur* ; on s'est trouvé, dans ces cas, en présence d'individus ayant cette portion du canal véritablement « irritable ». En effet, le nitrate d'argent, même à dose modérée (solution au 50^e) semblait y déterminer, non plus une inflammation légère, transitive et curative, mais une aggravation permanente des symptômes de l'uréthrite postérieure, c'est-à-dire les phénomènes du cystite du col (fréquence et douleurs finales des mictions, hématuries même...) Il est vrai de dire que ces quelques malades pouvaient presque tous, avec plus ou moins de raison, être

soupçonnés de tuberculose commençante, et l'on sait combien est inefficace, sinon dangereuse, toute intervention locale sur les lésions tuberculeuses du col de la vessie. — Du reste, ces accidents ne se sont jamais produits avec les instillations pratiquées dans l'urèthre antérieur.

Tout à l'heure, je parlais de leur action substitutive. Pendant les premières heures qui suivent le dépôt dans l'urèthre des quelques gouttes de nitrate, l'écoulement est toujours augmenté; mais, dès le lendemain, au plus tard, il diminue et parfois même cesse complètement, pour ne reparaitre qu'à l'instillation suivante.

On n'ose véritablement pas donner le nom d'accidents, ou même d'inconvénients, à ces faits dont on peut toujours empêcher ou tout au moins arrêter la production. Il convient maintenant de leur opposer les avantages des instillations.

Tout d'abord, on admettra sans peine que la manœuvre de cette opération, telle qu'elle a été décrite, est des plus simples. A défaut de la seringue de M. Guyon, celle de Pravaz pourrait même suffire à la rigueur, en y ajoutant une petite canule filiforme et en ayant soin d'amorcer l'explorateur auparavant, sinon la seringue ne contiendrait plus assez de liquide, celui-ci ayant été employé à remplir la cavité de la bougie. Or, quel praticien ne possède ce petit instrument indispensable par ce temps d'injections hypodermiques? Mais cette considération d'exécution facile, mise à la portée de tous, ne serait qu'un premier argument en faveur de la généralisation du mode de traitement, que je préconise à la suite de mon maître, si les instillations ne présentaient pas des qualités, inhérentes à leur nature

même, qui les placent au premier rang des moyens curatifs locaux de l'urétrite chronique.

Ces avantages, inappréciables quand il s'agit d'une affection à lésions essentiellement localisées comme celle qui nous occupe, sont au nombre de trois. Les instillations de nitrate d'argent permettent :

1° D'agir directement sur un point du canal, qu'il soit situé dans l'urèthre postérieur aussi bien que dans l'antérieur ;

2° D'agir exclusivement sur ce point ;

3° De mesurer exactement et de varier à volonté la quantité de liquide porté dans l'urèthre, et par suite d'en graduer l'action avec précision.

N'est-il donc pas rationnel de toucher avec l'agent modificateur le point ou la portion de l'urèthre qui est seule malade ? Pourquoi influencer avec une injection tout le reste de la muqueuse qui est sain, et risquer toujours de forcer la porte de l'urèthre membraneux ? Je me suis longuement étendu tout à l'heure sur cette localisation du traitement en parlant des injections ; il est inutile d'y revenir. Aussi ne m'attarderai-je pas sur la précision obtenue avec l'instillateur à boule olivaire : le fait est évident et ne réclame point par conséquent de démonstration. Qu'on me permette d'insister sur le liquide servant aux instillations.

Le nitrate d'argent, cet *ami des muqueuses*, comme on l'a si justement dénommé, s'est depuis longtemps imposé à l'esprit des chirurgiens pour le traitement de l'inflammation chronique de la muqueuse uréthrale. Dès l'abord, on l'avait employé à l'état solide au moyen des porte-caustiques ; j'ai

dit ses inconvénients sous cette forme. M. Désormeaux, du reste, les avait bien compris : avec l'endoscope il pouvait se servir de crayons de nitrate d'argent, et il l'avait fait au début; mais il n'avait pas tardé à y renoncer pour ne plus user de ce sel qu'en solutions. « Le nitrate d'argent solide, » dit-il dans son livre, cautérisait trop profondément, et » causait des eschares sur les points qu'il touchait, tandis » que les autres étaient épargnés... » A cette phrase d'un observateur, qui *voyait* les effets du médicament, il n'est besoin de rien ajouter. Remarquons cependant que, si aujourd'hui les oculistes donnent la préférence aux collyres dans le traitement des conjonctivites, c'est que très probablement ils ont reconnu aux solutions de nitrate d'argent qui imprègnent, pour ainsi dire, la muqueuse, une action modificatrice supérieure à celle des crayons qui cautérisent même lorsqu'on fait entrer dans leur composition du nitrate de potasse.

En outre, la forme liquide ne permet-elle pas d'apprécier exactement, par le nombre de gouttes, la quantité de solution soigneusement titrée qu'on emploie? A un milligramme près, on sait combien de nitrate d'argent on a mis au contact de la muqueuse. Et on peut, toujours d'une manière facile et surtout précise, en augmenter ou en modérer l'effet, en variant soit le nombre des gouttes, soit le degré de concentration de liquide.

A ce propos, je ferai remarquer que jamais, chez nos malades, nous n'avons employé de solutions très concentrées. Dans l'immense majorité des cas, la solution au 50° a donné les résultats qu'on attendait; très rarement, on a eu recours à celle au 30° ou au 25°. La première, en effet,

suffit à modifier la muqueuse enflammée, en déterminant la légère irritation substitutive nécessaire. Il ne s'agissait pas de cautériser énergiquement, et on ne cherchait pas, comme les anciens, à *détruire des carnosités*. Ainsi tombe cette accusation portée parfois contre l'usage du nitrate d'argent dans l'urèthre et qui lui reproche d'y causer des rétrécissements. Ceux-ci sont le fait de l'uréthrite prolongée et non d'un traitement modéré, lequel, au contraire, en restreignant la durée de l'affection, ne permet pas aux lésions de gagner en profondeur et d'engendrer des coarctations dans le tissu sous-muqueux. Il est évident que, si avec des crayons de nitrate d'argent ou des solutions très concentrées on produisait ces eschares, dont parle M. Desormeaux, on exposerait le malade à de véritables rétrécissements cicatriciels; mais ce n'est point là notre cas.

Sur les conseils de M. Guyon, qui, lui-même, à un moment donné, avait essayé de remplacer le nitrate d'argent par le sulfate de cuivre, j'avais voulu expérimenter d'autres agents modificateurs, tels que le chlorure de zinc et le sublimé, préconisés à Lyon par M. Diday et M. Magaud : les résultats ainsi obtenus sont trop peu nombreux et trop peu concluants pour qu'on ose formuler une opinion à cet égard. D'ailleurs, le nitrate d'argent a réussi; pourquoi ne pas s'en tenir à ce médicament?

Il me reste à traiter un dernier point de pratique, qu'il est indispensable d'aborder avant de finir. On connaît le manuel opératoire des instillations, ainsi que la nature du liquide; mais combien d'instillations convient-il de répéter pour obtenir la guérison de l'uréthrite chronique? Évidem-

ment, cette question, comme toutes celles qui touchent à la thérapeutique, ne peut être résolue d'une façon absolue. Dans mes observations, on verra que les limites extrêmes du traitement ont varié entre quinze jours et deux mois (en faisant abstraction des malades qui ont disparu au cours du traitement et de ceux qui n'ont point guéri et ne devaient pas guérir). Les instillations étaient pratiquées en moyenne tous les deux jours : bien des considérations m'avaient amené à espacer ainsi l'intervention locale chez ces malades. Presque tous, comme on dit dans le langage hospitalier, étaient *des malades du dehors*, en ce sens que, n'étant pas reçus et couchés dans un lit d'hôpital, ils venaient seulement consulter dans la salle Saint-Vincent de l'hôpital Necker. Or, il est bien difficile d'obtenir que des individus, obligés à ne pas cesser complètement leurs occupations, se présentent régulièrement et avec exactitude *tous* les matins à la visite, pendant un temps plus ou moins long, surtout pour une affection que la majorité regarde comme peu grave. Je n'ai eu que trop souvent à déplorer la disparition subite de certains malades en voie d'amélioration, et qui, pour une raison ou pour une autre, ne revenaient plus à l'hôpital pour continuer leur traitement et achever leur guérison.

De plus, j'ai cru remarquer que ces séances espacées de deux en deux jours étaient préférables, en les alternant par exemple soit avec une douche, soit avec un bain sulfureux. Quelquefois elles ont été répétées tous les jours, ou bien au contraire pratiquées seulement deux fois par semaine ; mais, ce sont là des exceptions.

Enfin, pour répondre à une dernière objection formulée contre les instillations, j'ajouterai que cette méthode, laissée

entre les mains du chirurgien, fournit beaucoup plus de garantie d'exactitude et de modération que tout autre moyen curatif abandonné aux malades; ils n'ont que trop de tendance soit à négliger, soit à exagérer les injections par exemple, pour qu'on hésite à s'en remettre à leur discrétion. La perte de temps, causée au malade par la visite qu'il rend à son médecin tous les deux jours, est largement compensée par l'amélioration rapide qu'il retire de cette régularité.

§ II. Traitement général.

Si, pour obtenir la guérison d'une uréthrite chronique, la médication locale est nécessaire, l'adjonction d'un traitement général approprié est d'une importance non moins évidente, puisque l'on connaît les relations étroites qui existent entre certains états constitutionnels et les écoulements chroniques de l'urèthre. Mais, de même que dans le chapitre précédent je ne me suis attaché à fournir ni des détails prolongés sur les médicaments, ni des formules pharmaceutiques, de même ici je me contenterai de soumettre quelques réflexions sur les principes qui doivent guider dans le choix et l'application d'un mode de traitement général.

Parmi les agents de ce traitement, les uns sont applicables à tous les cas.

C'est tout d'abord l'*hygiène*. Les malades peuvent certainement continuer de vaquer à leurs occupations dans une mesure raisonnable, mais ils doivent éviter avec soin les fatigues et les refroidissements et mener, pendant un temps en général assez long, une vie absolument régulière. Il y

aura surtout privation totale de coït, et il est nécessaire de s'opposer énergiquement à la continuation de cet acte, si le malade n'en avait pas cessé ou en avait repris l'habitude. Quelquefois, on a conseillé la régularité dans les rapports sexuels ; de même un malade m'a avoué s'être livré plusieurs fois à la masturbation, parce que, d'après les dires d'un ami, c'était là un excellent moyen pour guérir la goutte militaire. Il est à peine besoin de dire que, loin de partager ces opinions, je crois toute excitation génitale absolument contraire au but désiré. Très souvent, à la suite d'érections prolongées ou d'une simple pollution nocturne, j'ai pu constater, dès le lendemain, une recrudescence manifeste de l'écoulement. Aussi, plusieurs fois chez les individus à instincts génésiques très développés ai-je dû avoir recours au camphre, aux bromures de potassium et de sodium, etc.

Quant à l'*alimentation*, ce serait une banalité de répéter ici ce que tout le monde sait pertinemment, même les personnes étrangères à la médecine. Mais, ce qu'il est plus difficile d'obtenir, c'est la persévérance pendant plusieurs semaines ou mois dans les privations sexuelles et alimentaires. Le malade même guéri doit être averti que le moindre excès ramènera presque infailliblement un écoulement tari depuis longtemps déjà.

D'autres agents conviennent non plus à la totalité mais à la grande majorité des cas. En effet, sauf quelques prédispositions individuelles, la tuberculose entre autres, tous les *appels énergiques à la peau* offrent une assez grande ressource thérapeutique. Et, sous cette dénomination, il faut entendre et l'*hydrothérapie* froide et chaude (bains de mer, douches, etc.), et toute la *balnéation* sulfureuse, rési-

neuse, etc., et les *frictions* générales, sèches et aromatiques, etc.

Enfin, dans quelques cas particuliers, un examen approfondi de la constitution et des antécédents du malade détermine une médication spéciale : les diathèses, innées ou acquises, soit franchement déclarées, soit seulement soupçonnées, jouent ici un grand rôle. A diverses reprises, dans le cours de ce travail, j'ai montré les liaisons intimes qui existent entre la blennorrhagie et la scrofule, et surtout le rhumatisme et la tuberculose. Ces états diathésiques préexistants influencent d'une manière sensible la marche de l'inflammation uréthrale, ou, au contraire, la première manifestation rhumatismale ou tuberculeuse éclate à l'occasion d'une simple uréthrite. Ce n'est pas sans raison que M. Guyon a appelé cette dernière, comme je l'ai dit : « *La pierre de touche des diathèses.* »

Aux scrofuleux, on prescrira les préparations iodées et iodurées, l'huile de foie de morue, les bains salés, le séjour au bord de la mer, les eaux d'Aix, de Luchon, de Barèges... Aux rhumatisants et aux gouteux, on ordonnera un régime sobre, l'exercice sous toutes ses formes, les purgatifs salins, les eaux alcalines... Quant aux tuberculeux, il serait superflu de détailler leur traitement général : signalons cependant cette méthode, qui n'a pas encore été suffisamment expérimentée, mais qui semble promettre beaucoup pour l'avenir : l'alimentation forcée. En tous cas, on ne doit jamais perdre de vue la tuberculose locale qui se rattache le plus étroitement à l'uréthrite, celle des organes génito-urinaires, mais pour se souvenir seulement que,

dans ces cas, toute intervention uréthrale serait plus nuisible qu'utile.

En un mot, en dehors des indications et des contre-indications spéciales qui viennent d'être énumérées, le traitement général doit être largement associé au traitement local localisé.

CONCLUSIONS

I. — L'urèthre de l'homme est divisé par la portion membraneuse, jouant le rôle de sphincter, en deux parties distinctes sous tous les rapports, mais spécialement sous celui de la physiologie. — Le sphincter inter-urétral, normalement fermé par les muscles qui le constituent, ne s'entr'ouvre que pendant la miction ou le cathétérisme.

II. — Il oppose une barrière à l'extension de l'inflammation blennorrhagique aiguë dans l'urèthre postérieur, barrière qu'elle franchit seulement sous l'influence d'une diathèse ou d'une action mécanique (injections, cathétérisme...)

III. — Les lésions de l'urétrite chronique, exclusivement muqueuses la plupart du temps, consistent en granulations, exfoliation épithéliale, inflammation des glandules..., limitées dans la majorité des cas à l'urèthre antérieur, et spécialement au cul-de-sac du bulbe. Quelquefois, mais pour ainsi dire à titre de complication, elles envahissent l'arrière-canal, comme aussi sont atteints la vessie, la prostate, le testicule.

IV. — Les causes qui déterminent ou entretiennent l'état

chronique de la blennorrhagie sont : 1° le défaut d'hygiène ; 2° la mauvaise direction du traitement ; 3° les états morbides constitutionnels du malade. — D'après nos observations, aucune influence marquée ne doit être accordée à la présence des rétrécissements, qui coexistent seulement avec l'écoulement chronique, ou quand le malade a eu auparavant une blennorrhagie assez éloignée en date, ou quand l'urétrite actuelle dure depuis un an au minimum.

V. — Comme les lésions, les symptômes sont le plus souvent ceux d'une urétrite antérieure, c'est-à-dire limitée à l'avant-canal et ne dépassant pas le cul-de-sac du bulbe. Dans certaines conditions cependant, qui sont les mêmes que pour l'urétrite aiguë, le pus vient de l'urèthre postérieur ; parfois alors, on constate des symptômes vésicaux, prostatiques, etc. — Le diagnostic présente peu de difficultés.

VI. — De durée généralement très longue quand elle n'est pas convenablement traitée, l'urétrite chronique peut retentir d'une manière fâcheuse : 1° sur l'état moral des individus qui en sont atteints ; 2° sur leur état général et local en favorisant l'éclosion ou en accélérant la marche des manifestations diathésiques ; 3° sur l'état de l'urèthre en y déterminant la formation, à échéance toujours assez éloignée, de rétrécissements blennorrhagiques.

VII. — Le traitement doit atteindre à la fois deux buts : 1° La localisation du remède aux points de l'urèthre qui sont le siège des lésions ; 2° la modification de l'état général. Ce sont les instillations de nitrate d'argent qui répondent le mieux à la première indication.

OBSERVATIONS

D'URÉTHRITE CHRONIQUE LOCALISÉE DANS L'URÈTHRE ANTÉRIEUR

OBSERVATION I

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.
Guérison en trois semaines, après dix instillations de nitrate d'argent.

Rua... Louis, 23 ans, marchand de vin, vient consulter dans la salle St-Vincent, à l'hôpital Necker le 1^{er} juin 1882.

Pas d'antécédents de famille, ni personnels.

Première et unique blennorrhagie il y a 14 mois (avril 1881) : période inflammatoire très aiguë ; écoulement jaune verdâtre très abondant, cuissons très douloureuses pendant tout le temps de la miction. — Traitement : tisanes et sels de Vichy d'abord, puis copahu.

Au bout de deux mois et demi, l'écoulement devient blanchâtre, et il reste en cet état pendant 7 à 8 mois ; de temps en temps seulement, le malade prend du cubèbe et des injections. Peu à peu, cependant, la sécrétion uréthrale diminue ; bientôt elle se borne à une seule goutte du matin, et enfin disparaît.

A peine l'écoulement avait-il cessé depuis une douzaine de jours que le malade voit des femmes, et fait des excès de boisson. De suite la goutte matinale reparait blanchâtre, survenant seulement avant la première miction. Cet état dure ainsi sans s'accompagner d'autre symptôme depuis trois mois et demi environ.

A l'aide d'un explorateur à boule n° 21, on constate : 1° qu'il n'existe pas de rétrécissement ; 2° que l'écoulement ne siège que dans l'urèthre antérieur seulement.

Toucher rectal négatif. Urines normales.

Examen microscopique : débris de cellules épithéliales, leucocytes assez abondants, microbes rares.

Instillations de nitrate d'argent au 50^e tous les deux jours : cinq gouttes dans le cul-de-sac du bulbe.

A la 10^e instillation (22 juin), plus d'écoulement : le malade vient encore une fois cinq jours après à l'hôpital : il est complètement guéri.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.
Guérison en sept semaines par les instillations de nitrate d'argent.

Pel... Émile, 32 ans, courtier, vient à la consultation des voies urinaires à l'hôpital Necker le 13 mai 1882.

Excellente santé habituelle.

Première et unique blennorrhagie vers le milieu du mois d'août 1881. La période aiguë dure trois semaines environ, et dès le premier jour elle est traitée par les balsamiques (copahu et cubèbe), et les injections (trois tous les jours).

Depuis huit mois, l'écoulement consiste en une goutte incolore du matin, qui se répète parfois dans la journée. En urinant, très légère cuisson parfois dans le canal ; jamais de fréquence des mictions.

Aussitôt que la sécrétion uréthrale a été réduite à cette goutte matinale, le malade, qui est marié, a repris et depuis lors a continué deux ou trois fois par semaine les rapports sexuels. Il ne semble pas que sa femme ait contracté aucune uréthro-vaginite.

L'écoulement siège d'une manière manifeste dans le cul-de-sac du bulbe seulement ; on s'en rend compte à l'aide d'un explorateur n° 18, dont l'introduction facile montre qu'il n'y a pas de rétrécissement.

Les urines ne présentent rien de particulier à noter, et le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Absence d'organismes inférieurs dans la sécrétion uréthrale examinée au microscope.

Instillations de nitrate d'argent au 50° (deux par semaine) dans la région malade à la dose de 3 à 4 gouttes.

À la dixième (18 juin), l'écoulement n'existe plus, le lendemain ni le surlendemain de l'instillation, mais il augmente notablement le jour où celle-ci est pratiquée.

À la fin de juin, plus de trace d'écoulement.

OBSERVATION III

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison complète en six semaines.

Lam... Anatole, 32 ans, employé de commerce, vient consulter à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent) le 20 mai 1882.

Antécédents rhumatismaux héréditaires et personnels.

Première blennorrhagie à l'âge de 19 ans, en 1869, guérie très rapidement et complètement.

Seconde uréthrite il y a 18 mois. Pendant 4 à 5 mois il prend du copahu ; puis, persécuté par la monomanie du rétrécissement, il va consulter à l'hôpital Laënnec, où M. Nicaise lui passe facilement des explorateurs très volumineux. — L'écoulement persiste ; aussi, trois mois après, il entre à l'hôpital Cochin, se plaignant d'un rétrécissement ; là, M. Th. Anger ne constate pas plus de stricture qu'à la première exploration. Enfin, en décembre 1881, il va à la consultation de l'hôpital du Midi ; l'introduction des bougies en gomme n^{os} 21, 22 et 23 n'arrive pas à le convaincre de la non-existence d'un rétrécissement.

C'est en effet avec ce diagnostic chimérique, posé par lui, qu'il se présente encore à l'hôpital Necker le 20 mai.

Un explorateur à boule n^o 20 passe très aisément, mais il ramène du cul-de-sac du bulbe une certaine quantité de muco-pus blanc-jaunâtre. Aucune sécrétion dans l'urèthre profond. D'ailleurs, aucun trouble de la miction, et aucun phénomène à signaler du côté de la prostate et des vésicules. Urines normales, sans dépôt dans le premier verre.

On commence les instillations de nitrate d'argent au 50°; cinq gouttes dans le cul-de-sac du bulbe, et on les continuera deux fois par semaine.

A la fin de juin le malade ne revient plus à l'hôpital, mais il était très probablement guéri, car l'écoulement, qui, depuis les instillations, avait progressivement diminué, était réduit à une simple goutte incolore, n'apparaissant même pas tous les matins.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.
Amélioration très notable par les instillations de nitrate d'argent.

For... Edmond, 23 ans, libraire, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker, le 11 mars 1882.

Enfance malade (scrofule?); incontinence d'urine qui a persisté pendant très longtemps.

Première uréthrite à l'âge de 16 ans : période inflammatoire très intense (corde). Au bout d'un mois environ, les douleurs cessent, et de jaune-verdâtre l'écoulement devenu blanc dure à peu près 5 à 6 mois pour disparaître complètement au bout de ce temps. — Pas d'injections.

Il y a un an, nouvelle blennorrhagie beaucoup moins aiguë et moins douloureuse que la première. Depuis lors, cependant, l'écoulement uréthral n'a pas cessé, plus ou moins épais, tantôt à l'état de simple goutte matinale, tantôt plus abondant dans la journée. Pas de douleur en urinant, mais parfois chatouillement désagréable dans la profondeur du canal.

Urèthre normal comme calibre (explorateur n° 20), mais qui est le siège, au niveau de la région bulbaire seulement, d'une sécrétion muco-purulente qu'on ramène en assez grande quantité sur la boule de l'instrument. Portions membraneuse et prostatique saines. Rien à la prostate ni aux vésicules. Urines légèrement troubles (phosphates); pas de différence entre le premier et le second verre.

Pendant six semaines environ, ce malade vient deux ou trois fois par semaine à l'hôpital Necker : chaque fois on lui instille dans le cul-de-sac du bulbe 5 à 6 gouttes de la solution de nitrate d'argent au 50°. Il suit en même temps un traitement général antistrumeux, et prend des bains sulfureux.

Peu à peu, mais très lentement, son écoulement s'est amélioré comme quantité et qualité; en effet, c'est seulement le jour de l'instillation qu'une goutte incolore vient perler au méat dans la journée; de loin en loin une autre le matin.

Sa dernière visite dans la salle Saint-Vincent est du 19 avril; à cette date il ne présentait aucun autre symptôme que celui énoncé ci-dessus. Il n'est pas revenu.

OBSERVATION V

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.

Instillations de nitrate d'argent. — Guérison complète.

Ard.... Gustave, 24 ans, coiffeur, vient consulter à l'hôpital Necker le 15 mai 1882.

Première blennorrhagie en décembre 1880, qui dure 4 mois, jusqu'en avril 1881; elle n'est traitée que par les balsamiques et quelques injections. Pendant quatre mois, pas de suintement urétral. Mais au commencement d'octobre, à la suite d'excès de coït, reparait un très léger écoulement blanc-jaunâtre : aucune douleur, aucune fréquence de mictions. On pratique alors la dilatation du canal à l'aide des bougies, et le malade se fait lui-même des injections de vin. Au bout de quelques jours, douleur à la fin des mictions, qui deviennent fréquentes; l'usage de la térébenthine améliore, puis supprime complètement ces accidents. Il reste cependant une goutte de muco-pus, qui se montre surtout le matin, et c'est le seul symptôme que présente ce malade au moment (15 mai) où il vient consulter.

La sécrétion est localisée en effet dans le cul-de-sac du bulbe; on le constate parfaitement à l'aide d'un explorateur à boule

n° 20, qui n'est aucunement serré dans le canal, et qui ne ramène rien de l'urèthre postérieur; celui-ci s'est évidemment guéri après la poussée inflammatoire qu'il a subie en octobre 1881.

Le toucher rectal montre que la prostate et les vésicules séminales sont indemnes de toute altération pathologique.

La miction en deux verres ne présente rien à noter.

L'examen microscopique de l'écoulement, permet de reconnaître les éléments ordinaires de cette variété. Microbes peu nombreux.

Instillations de nitrate d'argent au 50° tous les deux jours; 4 à 5 gouttes de nitrate d'argent dans le cul-de-sac bulbaire.

Le 16 juin (15^e installation), l'écoulement a presque disparu, goutte incolore et transparente de temps en temps le matin. Mais, à partir de ce jour, le malade ne revient plus à l'hôpital Necker, de sorte que la guérison complète, bien que très probable, n'a pu être constatée.

OBSERVATION VI

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.
Guérison en trois semaines (huit instillations de nitrate d'argent).

Ch... Henri, 22 ans, bijoutier, venu le 28 juin 1882, à la consultation externe de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires appréciables.

Première blennorrhagie à l'âge de 18 ans; la période aiguë dure une quinzaine de jours. D'emblée on lui prescrit des capsules (?); l'écoulement persiste pendant 6 mois, mais se tarit ensuite en trois semaines par l'emploi du copahu et des injections au tannin.

Deuxième blennorrhagie, dix-huit mois après la fin de la première. Cubèbe dès le début : durée un mois à peine; pas de suintement chronique.

En octobre 1881, troisième uréthrite, en même temps qu'un chancre syphilitique. Le traitement de la blennorrhagie est tout

d'abord négligé; ce n'est qu'au bout de deux mois et demi qu'on lui prescrit à l'hôpital du Midi un opiat au cubèbe. L'écoulement, qui était à ce moment jaune-verdâtre s'améliore progressivement, devient blanc, puis se réduit à une goutte incolore du matin, goutte qui depuis lors n'a jamais disparu.

Canal libre : admet un explorateur n° 20. Sécrétions blanchâtres dans l'urèthre antérieur seulement; rien dans l'arrière-canal. Prostate et vésicules saines. Mictions et urines normales. A l'examen microscopique de l'écoulement, on voit seulement des globules blancs assez rares, et au contraire une très grande quantité de cellules épithéliales exfoliées : pas de microbes.

Tous les deux jours, instillation de cinq gouttes de nitrate d'argent dans le cul-de-sac du bulbe (solution au 50°).

Le 10 juillet (6^e instillation), le malade dit que l'écoulement a beaucoup diminué : il est quelquefois deux jours sans voir la goutte matinale, aussi ne viendra-t-il plus à l'hôpital que deux fois par semaine.

Le 17 juillet (8^e instillation), plus d'écoulement depuis huit jours. Le malade ne revient plus dans la salle.

OBSERVATION VII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.

Instillations de nitrate d'argent. — Résultat incomplet.

Ler... Toussaint, 62 ans, marchand, se présente à la consultation de l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent), le 23 juin 1882.

Il a eu sa première chaudepisse il y a 11 ans seulement; elle a été, paraît-il, complètement guérie en douze jours.

Depuis sept à huit mois, sans avoir contracté, dit-il, de nouvelle blennorrhagie, il s'aperçoit à intervalles irréguliers de l'écoulement d'une petite goutte muco-purulente blanchâtre. Quelquefois, très légers picotements dans le canal. Mictions normales.

L'exploration du canal, pratiquée avec un explorateur à boule

n° 19 est facile; on n'éprouve ni arrêts, ni difficultés au passage, ni au retour de l'instrument. Un peu de sécrétion dans le cul-de-sac du bulbe, mais non dans la portion membrano-prostatique.

Toucher rectal : prostate hypertrophiée, surtout dans son lobe gauche, un peu dure mais également sur toute sa surface. Urines un peu troubles, aussi bien dans le premier verre que dans le second.

Le 25 juin, on commence les instillations de nitrate d'argent au 50°, suivant la méthode habituelle, mais dans les premiers jours de juillet ce malade disparaît.

OBSERVATION VIII

(PERSONNELLE).

Uréthrite sub-aiguë localisée dans le cul-de-sac du bulbe.
Balsamiques. Guérison probable.

Mull... Léon, 20 ans, garçon épicier, se présente dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 3 juin 1882.

Ce jeune homme, blond, pâle, lymphatique, raconte qu'il a eu sa première blennorrhagie, il y a environ un an; elle aurait guéri en quelques jours, paraît-il, par l'usage de pilules, dont il ne connaît pas la composition.

Quatre mois après, nouvelle chaudepisse : période aiguë qui dure deux à trois semaines. Traitement : bains et tisanes d'abord, puis copahu. L'écoulement, après avoir été jaune-verdâtre et très abondant pendant deux mois, est devenu, au bout de ce temps blanchâtre et presque clair, mais depuis huit mois il n'a jamais complètement cessé, malgré divers traitements, notamment des injections Brou. Le malade a du reste continué à boire de la bière en quantité assez considérable, et à voir des femmes de temps en temps.

Il y a environ une quinzaine de jours, progressivement l'écoulement uréthral est devenu abondant de nouveau et jaune, s'accompagnant de douleurs dans le canal en urinant et d'érections nocturnes insupportables. Les mictions n'ont pas augmenté de fréquence.

Après avoir exploré l'avant-canal à l'aide d'un explorateur à boule, n° 18, qui ramène du cul-de-sac du bulbe principalement un pus jaune verdâtre, épais et abondant, on pratique un lavage de cet avant-canal, avant de pénétrer dans l'urèthre postérieur. Dans celui-ci on ne trouve point trace de sécrétion purulente. L'écoulement examiné au microscope présente les caractères du pus de blennorrhagie aiguë, comme il en avait du reste l'aspect macroscopique.

Ce malade ne pouvant venir régulièrement suivre un traitement à l'hôpital, du cubèbe à doses croissantes, puis décroissantes, lui est prescrit; on lui recommande en outre de revenir à la consultation, si son écoulement n'est pas tari à la fin de ses paquets de cubèbe. On ne l'a pas revu.

OBSERVATION IX

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Au début, a eu de la cystite à la suite d'injections. — Guérison complète en trois semaines, après six instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50°.

Per... Gustave, 27 ans, tourneur, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 23 mai 1882.

Aucun antécédent héréditaire : excellente santé habituelle.

Première urétrite en 1878, qui n'aurait duré que huit jours.

Seconde, il y a 16 mois (janvier 1881), après une période aiguë qui se prolongea pendant deux mois (excès de diverse nature), injections poussées violemment dans le canal..., il eut une cystite très intense, qui nécessita son entrée à l'hôpital St-Louis, où il resta six semaines environ. Quand il en sortit, la cystite avait disparu, mais l'écoulement persistait, peu abondant il est vrai, se montrant surtout le matin, assez rarement dans la journée.

Depuis lors, aucun trouble de la miction; mais douleurs très légères qui sont plutôt des picotements et des démangeaisons, soit au bout de la verge, soit au périnée, dans l'intervalle des mictions.

Actuellement, l'écoulement se réduit presque à une seule goutte matinale transparente, mais filante et assez consistante.

L'exploration de l'urèthre (boule n° 21) démontre que le cul-de-sac du bulbe est seul atteint. Rien dans l'urèthre postérieur.

Aucune modification de la prostate ni des vésicules.

Urines claires et limpides dans les deux verres.

Au microscope, on ne découvre dans les sécrétions uréthrales que de l'épithélium et des globules blancs peu nombreux; pas de microbes.

Instillation d'une solution de nitrate d'argent au 50° dans le cul-de-sac du bulbe, tous les trois jours.

Le 16 juin (6° instillation), l'écoulement a presque complètement disparu.

Le malade reste une huitaine de jours sans venir à l'hôpital. Le 25 juin il revient annoncer qu'il n'a plus constaté aucun trace d'écoulement.

OBSERVATION X

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Guérison complète en 18 jours, après neuf instillations de nitrate d'argent.

Roll... Charles, 22 ans, orfèvre, vient consulter dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 30 juin 1882.

Manifestations strumeuses dans l'enfance et l'adolescence.

Première blennorrhagie en 1881, complètement guérie en trois semaines.

Seconde uréthrite il y a sept mois. Après un traitement anti-phlogistique de trois à quatre semaines, injections diverses qui ne diminuent pas l'écoulement; celui-ci, après avoir été jaune et abondant pendant 2 ou 3 mois, est devenu presque incolore et se réduit à quelques gouttes apparaissant au méat, quand le malade est resté plusieurs heures sans uriner. Aucun trouble de la miction; pas de douleur.

Un explorateur à boule n° 19, qui joue facilement dans le canal

revient chargé sur son talon de mucosités blanchâtres, récoltées dans le cul-de-sac du bulbe. Rien dans l'urèthre membrano-prostatique.

Prostate peut-être un peu volumineuse pour l'âge du malade, mais de consistance normale; vésicules séminales saines.

Les urines ne contiennent pas de pus.

Les leucocytes et les cellules épithéliales, seuls éléments figurés de l'écoulement, sont très nettement distingués au microscope. Pas de trace de microbes.

Instillations de nitrate d'argent au 50° dans le cul-de-sac du bulbe (six gouttes) commencées le 30 juin et régulièrement continuées tous les deux jours, jusqu'au 17 juillet. A cette date (neuvième instillation), l'écoulement a disparu.

A la fin de juillet, ce jeune homme vient se présenter dans la salle Saint-Vincent: il est et demeure complètement guéri.

OBSERVATION XI

(PERSONNELLE).

Urèthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison probable (?). — Tuberculose débutant dans le cours d'un urèthrite.

Long... Louis, 26 ans, employé, se présente à la consultation de la salle Saint-Vincent le 20 juin 1882.

Manifestations strumeuses dans l'enfance et l'adolescence. Tousse tous les hivers; depuis quelques années a craché du sang à plusieurs reprises. Submatité et expiration rude et prolongée au sommet droit. A eu une pleurésie gauche.

Première chaudepisse en 1878, très aiguë, qui le force à entrer à l'hôpital du Midi; elle est complètement guérie en six semaines environ.

Deuxième blennorrhagie en 1879, moins intense que la première: peu d'écoulement: injections. Au bout d'un mois, suintement chaque matin d'une goutte muco-purulente. C'est alors qu'ont débuté par une pleurésie les accidents ci-dessus relatés.

Depuis près de 3 ans, cette goutte matinale s'est montrée presque constamment ; elle disparaissait parfois cependant durant quelques jours. Pas de douleurs pendant les mictions, qui n'ont pas augmenté de fréquence.

Un explorateur à boule, n° 20, parcourt sans difficulté tout l'avant-canal, et ramène de la portion bulbaire un peu de sécrétion d'un blanc-jaunâtre. Sensibilité exagérée, mais pas d'écoulement dans l'urèthre profond.

Prostate un peu volumineuse et de consistance inégale. Vésicules séminales toutes deux très bosselées et comme empâtées.

Urines légèrement troubles, dans le premier comme dans le second verre ; la chaleur et l'acide nitrique y décèlent la présence d'un nuage albumineux.

Au point de vue microscopique, l'écoulement pourrait être appelé moyen, en ce sens que globules de pus, cellules d'épithélium et microbes sont en moyenne quantité.

Instillations de nitrate d'argent au 50° tous les deux jours, dans la portion périnéo-bulbaire.

Le 11 juillet, l'écoulement urétral avait beaucoup diminué, il était devenu aussi tout à fait clair, quand le malade n'a plus continué de venir à l'hôpital.

OBSERVATION XII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Guérison par les instillations de nitrate d'argent. — Tuberculose consécutive des voies génito-urinaires.

Sart.... François, 26 ans, comptable, a eu des tuberculeux dans sa famille (mère, sœur, oncle), mais lui-même n'avait jamais été malade avant l'année dernière. Au mois de février 1881, il contracta sa première blennorrhagie. Celle-ci semble avoir été convenablement traitée. Le malade affirme notamment avoir suivi les règles de l'hygiène la plus stricte. Néanmoins, voyant qu'au bout de plusieurs mois il lui restait un petit suintement

urétral, il vint, dans le courant de l'année dernière, consulter à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Là, on lui fit un certain nombre d'instillations « *en avant* », dit-il ; mais forcé d'interrompre prématurément ce traitement, il ne fut pas complètement guéri.

Aussi revient-il dans la salle Saint-Vincent, à la fin du mois de janvier 1882, souffrant, comme l'an dernier sans doute, d'urétrite chronique nettement localisée au cul-de-sac du bulbe. L'urètre postérieur est un peu douloureux au passage de la boule exploratrice, mais il n'est le siège d'aucun écoulement.

Quant à la prostate, elle semble un peu augmentée de volume, eu égard à l'âge du malade. La vésicule séminale droite est indurée et extrêmement bosselée ; la gauche présente ces mêmes caractères, mais fort atténués.

Les mictions sont à peu près normales ; depuis quelque temps, cependant, de loin en loin, il se produit une très légère cuisson à l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

Une vingtaine d'instillations de nitrate d'argent au 50^e réussissent à tarir l'écoulement en six semaines environ (fin janvier au milieu de mars) ; toutes ont été pratiquées dans le cul-de-sac du bulbe.

Depuis un mois, le malade n'avait plus aperçu au méat de goutte matinale, quand, le 12 avril, sans avoir commis d'excès d'aucune nature, sans avoir subi de cathétérisme ni s'être injecté aucun liquide dans le canal, il revient consulter dans la salle Saint-Vincent, se plaignant de pesanteur et d'élancements douloureux dans le testicule droit. L'épididyme est en effet gonflé et très douloureux au palper ; la glande testiculaire est aussi très sensible à la pression. Les jours suivants, le repos, les bains, les cataplasmes n'améliorent en rien ces phénomènes qui vont au contraire en s'aggravant. En outre, le toucher rectal dénote une inégalité de consistance manifeste de la prostate, qui est douloureuse. Bientôt les envies d'uriner deviennent plus fréquentes, et les mictions se terminent parfois par une ou deux gouttes de sang qui tachent son linge.

Après être revenu à différentes reprises à la consultation, ce malade, auquel on ne pouvait prescrire qu'un traitement général

et une médication locale malheureusement peu efficace, a été perdu de vue.

Notons cependant qu'à sa dernière visite, c'est à peine si la percussion et l'auscultation laissaient soupçonner le début d'une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement.
Instillations de nitrate d'argent. — Pas de résultat.

Ott... Adolphe, 39 ans, relieur, vient consulter dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 4 juin 1882.

Première blennorrhagie à l'âge de 18 ans, très douloureuse, écoulement très abondant. Guérison complète au bout de deux mois et demi.

Deuxième en 1870; aussi aiguë tout d'abord que la précédente; mais bientôt les symptômes s'amendent, et ce n'est qu'après 4 ou 5 mois qu'une injection de nitrate d'argent tarit en entier l'écoulement.

Celui-ci néanmoins reparait quelques mois plus tard, quoique le malade affirme ne pas s'être exposé à contracter une nouvelle blennorrhagie. Durée : 3 à 4 mois.

Actuellement, le malade est porteur d'un écoulement qui a débuté il y a 6 mois environ, sans avoir jamais été très abondant et s'être jamais accompagné de phénomènes aigus. Le copahu, le cubèbe, les injections ne sont parvenus qu'à transformer l'écoulement en goutte matinale incolore, qui apparaît au méat avant la première miction. Aucun trouble dans l'émission des urines qui sont normales.

Malgré ces nombreuses blennorrhagies (la 1^{re} datant de 21 ans), l'urètre admet facilement un explorateur à boule n° 20. En outre, la sécrétion ne siège que dans le cul-de-sac du bulbe, et non dans l'urètre postérieur. Rien à la prostate.

On commence les instillations de nitrate d'argent en avant du

collet du bulbe. (Cinq gouttes tous les deux jours de la solution au 50°).

Au bout d'une semaine le malade ne revient plus à l'hôpital.

OBSERVATION XIV

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Guérison en un mois environ par treize instillations de nitrate d'argent.

Mar..... Louis, 48 ans, horloger, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker, le 17 juin 1882.

Aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel, appréciable.

Première chaudepisse il y a vingt-huit ans, qui guérit facilement par les balsamiques en deux mois environ. Aucun trouble de la miction ni pendant ni après cette première uréthrite.

Deuxième blennorrhagie depuis cinq mois; après une période aiguë d'une quinzaine de jours, injections de sulfate de zinc, poussées assez doucement, paraît-il, dans le canal, pendant près de trois mois. L'écoulement ayant presque disparu depuis quelques jours, reprise des rapports sexuels, et immédiatement réapparition d'un suintement uréthral blanc-jaunâtre, survenant surtout le matin au réveil, et parfois dans la journée avant d'uriner. Aucune douleur, aucun trouble de la miction. Le malade va consulter alors à l'hôpital du Midi où on lui prescrit une injection qu'il continue pendant trois ou quatre semaines, et qui n'apporte aucune amélioration à son état.

Un explorateur à boule olivaire n° 19, pénètre très facilement dans le canal; il ne ramène du pus que de l'urèthre antérieur seulement (cul-de-sac du bulbe).

Toucher rectal : rien. — Urines claires et limpides.

Au microscope : cellules épithéliales et leucocytes en moyenne abondance; très peu de microbes.

Instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50° (5 gouttes)

qu'on pratiquera dans le cul-de-sac du bulbe, trois fois par semaine : on les commence le 17 juin.

2 juillet. — Septième instillation : diminution très considérable de l'écoulement qui est devenu beaucoup plus clair.

13 juillet. — Treizième instillation : le malade n'a plus d'écoulement depuis deux ou trois jours.

Il vient se présenter à l'hôpital le 23 juillet : il demeure complètement guéri.

OBSERVATION XV

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Rhumatisme articulaire : lésions cardiaques. — Impossibilité de pratiquer des instillations de nitrate d'argent. — Injections aux trois sulfates.

God... Jean, trente-trois ans, cuisinier, vient consulter à l'hôpital Necker le 29 mai 1882.

Antécédents rhumatismaux héréditaires; lui-même a déjà eu trois attaques de rhumatisme articulaire plus ou moins généralisées. A la seconde, on lui appliqua des vésicatoires sur la région précordiale. Actuellement il présente les souffles nettement caractérisés d'une insuffisance et d'un rétrécissement de l'orifice mitral.

Première et unique blennorrhagie au mois de janvier 1881; la période aiguë dura environ un mois. Au bout de ce temps, l'écoulement devint de moins en moins épais, et se réduisit bientôt à une goutte matinale, claire, incolore, légèrement gluante, qui apparaissait de nouveau quelquefois dans la journée. Depuis lors, elle a constamment persisté, malgré divers traitements (balsamiques, pilules et capsules de toutes sortes, et plusieurs injections, que le malade affirme avoir toujours pratiquées en les laissant s'écouler par le méat, à mesure qu'il les poussait dans le canal). — On ne lui a jamais passé ni sondes, ni bougies dans l'urèthre.

D'après ses réponses, il semble n'avoir jamais eu d'urétrite

postérieure, ni d'inflammation vésicale, prostatique ou testiculaire. Sauf les cuissons qu'il éprouvait en urinant pendant la période aiguë de sa blennorrhagie, aucun trouble de la miction à noter.

Exploration du canal. Pas de rétrécissement (boule n° 20). Sécrétions muqueuses dans le cul-de-sac du bulbe seulement. Rien dans l'urèthre postérieur qui n'est pas sensible.

Toucher rectal négatif, aussi bien que l'expérience de la miction en deux verres. — Urines limpides.

L'examen microscopique de l'écoulement montre seulement quelques leucocytes et des cellules épithéliales desquamées.

Pas de micrococcus.

Ce malade devant partir le lendemain pour la campagne, où il doit séjourner plusieurs mois, force nous est de lui prescrire l'injection aux trois sulfates, en lui précisant exactement la manière de la pratiquer (Voy. plus haut, p. 118).

Il n'a pas été revu.

OBSERVATION XVI

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissements. — Impossibilité de pratiquer des instillations. — Injection aux trois sulfates.

Cro... Antoine, dix-huit ans, domestique, vient consulter dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker, le 24 mai 1882.

D'apparence nettement strumeuse, ce jeune homme a présenté, dans son enfance, de nombreuses manifestations de cette diathèse (maux d'yeux, adénites cervicales, coryzas fréquents et prolongés, etc.).

Il a contracté sa première blennorrhagie il y a quinze mois. La période inflammatoire a été peu intense et courte (une dizaine de jours); puis l'écoulement qui n'avait jamais été abondant a diminué encore, en devenant plus clair. Les mictions n'ont jamais été fréquentes ni douloureuses. Quant au traitement, il a

été des plus irréguliers; commencé par des injections « indiennes », il consista successivement en tisane de salsepareille, sirop dépuratif, capsules ou pilules de tous genres, etc. Aussi, depuis quinze mois, l'écoulement n'a pas cessé, et le malade ne semble pas s'en être préoccupé outre mesure; plusieurs gouttes blanchâtres ou mieux grisâtres dans la journée.

L'examen du canal est pratiqué avec un explorateur à boule n° 20 qui passe facilement et qui ramène un peu de muco-pus du cul-de-sac du bulbe seulement. Urèthre postérieur indemne.

La prostate et les vésicules séminales semblent un peu dures.

Urines pâles, mais troubles dans les deux verres également: elles contiennent de l'albumine en assez notable proportion.

Le malade disant qu'il vient seulement demander une consultation à l'hôpital, lui étant d'ailleurs absolument impossible d'y suivre un traitement régulier pendant quelque temps, l'injection aux trois sulfates lui est prescrite avec la façon exacte de l'exécuter. On lui ordonne en outre, de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, des bains salés...

OBSERVATION XVII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissements. — Guérison en 16 jours par 6 instillations de nitrate d'argent.

Eme.... Albert, 28 ans, charron, se présente à la consultation de la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker, le 19 mai 1882.

Première blennorrhagie il y a 4 ans: période aiguë dure 8 jours à peine. Injections, pas de symptômes d'uréthrite postérieure. Goutte matinale qui disparaît au bout de 7 mois.

Deuxième blennorrhagie il y a 18 mois: écoulement très abondant, pas de douleur. Au bout de six semaines, il ne reste qu'une goutte apparaissant surtout le matin et quelquefois dans la journée. Traitements multiples inefficaces.

Un explorateur à boule n° 18 ne rapporte de sécrétion que du cul-de-sac du bulbe seulement. Rien dans l'urèthre postérieur qui n'est pas sensible. Toucher rectal négatif.

Aucune douleur pendant ni après la miction : urines normales. A aucun moment d'ailleurs ce malade n'a présenté de symptômes, laissant soupçonner une invasion de l'urèthre profond.

Au microscope : cellules épithéliales plus nombreuses que les globules blancs; pas de microbes (l'écoulement est clair et limpide).

Instillations de la solution de nitrate d'argent au 50° (5 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe) 3 fois par semaine : on les commence le 19 mai.

Le 5 juin (6° instillation) le malade ne voit plus sa goutte matinale depuis quelques jours.

Nous le revoyons la semaine suivante : l'écoulement n'a pas reparu.

OBSERVATION XVIII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Instillations de nitrate d'argent au 50°, puis au 25°. — Guérison très probable en 5 semaines environ.

Bon.. Edouard, 27 ans, boulanger, venu à la consultation de la salle Saint-Vincent le 6 juin 1882.

Antécédents strumeux manifestes; s'enrhume facilement; aucun signe cependant de tuberculose pulmonaire appréciable. Aurait eu à plusieurs reprises des douleurs articulaires.

Première blennorrhagie il y a 11 ans, peu intense : le traitement n'a consisté qu'en injections au sulfate de zinc : durée deux mois.

Au bout de quelques semaines, le malade commet quelques excès : nouvel écoulement peu abondant, en même temps que les mictions deviennent douloureuses à la fin, et qu'apparaît une orchite droite. Un traitement de 3 semaines à l'hôpital du Midi guérit tous ces accidents : il ne reste pas de suintement urétral.

Il y a environ 10 mois, seconde chaudepisse : écoulement modéré : pas de douleurs. Pendant plusieurs semaines le malade ne prend que des tisanes ou des pilules (?). Peu à peu l'écoule-

ment diminue, devient opalin et se réduit à 2 ou 3 gouttes par jour, qui persistent depuis lors. Jamais de signes d'urétrite postérieure.

En effet, l'examen du canal pratiqué au moyen d'un explorateur à boule montre : 1° que la sécrétion muco-purulente siège exclusivement dans le cul-de-sac du bulbe ; 2° qu'il n'existe pas de rétrécissement (explorateur n° 20).

Rien à la prostate ni aux vésicules séminales.

L'urine du premier verre ne contient pas de dépôt ni de filaments blanchâtres.

Instillations (solution au 50°), tous les deux jours, dans la région bulbaire (5 gouttes) : les instillations sont un peu douloureuses, et au bout d'une quinzaine de jours ne semblent avoir apporté aucune modification à l'écoulement : le malade avoue que malgré les recommandations expresses qui lui ont été faites au début, il a continué les rapports sexuels. — Le 22 juin on commence les instillations de nitrate d'argent au 25°. A la 9°, le malade ne revient plus : l'écoulement semblait tari depuis 4 ou 5 jours.

OBSERVATION XIX

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique de l'avant-canal seulement, malgré plusieurs blennorrhagies, compliquées de cystite (Rhumatisme et injections). — Guérison complète après huit instillations de nitrate d'argent.

M. X..., 26 ans, étudiant, m'est adressé à l'hôpital Necker par mon excellent collègue et ami Guiard, le 17 mai 1882.

Son père est manifestement gouteux, et lui-même a eu, en 1874, surtout dans les membres inférieurs, un rhumatisme articulaire des plus intenses.

Première blennorrhagie en 1875 ; à la suite d'injections et de fatigues exagérées, cystite très violente avec hématuries. Tout se termine en 5 ou 6 semaines (fin janvier 1876). Pas d'écoulement chronique.

Deuxième blennorrhagie en novembre 1877 ; cette fois, marches

fatigantes et quelques dîners copieux, déterminent une nouvelle cystite, moins intense que la première, mais de durée plus longue (jusqu'à la fin de février 1878): pas d'autre traitement que les balsamiques. — Pas d'écoulement chronique.

Troisième blennorrhagie en mai 1881; cystite aussi spontanée que la précédente, très légère; alternatives d'amélioration et d'aggravation des symptômes uréthraux et vésicaux pendant quatre mois. Au mois de septembre, à la suite d'un refroidissement, énorme hydarthrose du genou gauche, qui ne cède qu'au bout d'un mois et demi aux vésicatoires, à la teinture d'iode, à la compression ouatée. Vers le 20 octobre, l'uréthro-cystite était complètement guérie.

Quatrième blennorrhagie en janvier 1882. Écoulement d'abord très peu abondant, blanchâtre; pas de douleurs: après quinze jours de traitement par le cubèbe, simple goutte matinale; mais plusieurs excès de table amènent des rechutes légères. Au commencement de février, un seul coït, et dès le lendemain, recrudescence suraigüe de la blennorrhagie: écoulement considérable jaune-verdâtre, douleurs pendant la miction, mais pas de cystite; le traitement consiste exclusivement en cubèbe et copahu. Vers la fin du mois, injection d'une solution très diluée d'ammóniaque, en plaçant un tampon au périnée (?) Malgré cette précaution, le surlendemain cystite de moyenne intensité. Depuis lors, alternatives de mieux et de plus mal de la cystite et de la blennorrhagie; il y a quelques jours, cependant, que l'usage de l'essence de santal a diminué très sensiblement les phénomènes vésicaux, sans modifier il est vrai en rien l'écoulement.

Exploration du canal: pas de rétrécissement (explorateur n° 20). L'écoulement siège dans l'urèthre antérieur seul (cul-de-sac du bulbe).

La prostate paraît saine et normale; rien aux vésicules séminales ni aux testicules.

L'épreuve de la miction en deux verres ne fournit aucun renseignement.

L'examen microscopique de l'écoulement, qui est jaune et assez épais, ne montre que des cellules épithéliales de l'urèthre, et des globules blancs en grande abondance. Microbes très caractéristiques.

On commence, le 18 mai, les instillations de nitrate d'argent au 50^e, dans le cul-de-sac du bulbe : on en fera une tous les deux jours, et le malade continuera le santal. Diminution notable et progressive de l'écoulement, si bien que M. X..., dans les premiers jours de juin, obligé d'assister en province à un mariage, quitte Paris complètement guéri.

Le 20 juillet, il a bien voulu nous écrire que, depuis lors, il n'avait pas observé une seule goutte de suintement uréthral.

OBSERVATION XX

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Guérison complète après onze instillations de nitrate d'argent.

Mar... 54 ans, orthopédiste, entre, le 29 janvier 1876, dans le service de M. Guyon à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 8.

Quatre blennorrhagies, la dernière il y a deux ans ; elle n'a été traitée que par les balsamiques, sans injections. L'écoulement n'a jamais complètement cessé ; il diminuait seulement parfois, pour reparaître bientôt aussi abondant qu'auparavant.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate en effet cet écoulement assez épais, jaunâtre, laissant des taches nombreuses sur son linge.

Les mictions ne sont pas augmentées de fréquence (4 à 5 par jour), et ne sont pas douloureuses à la fin. Cependant le malade accuse une certaine douleur en urinant, dans la fosse naviculaire et dans la portion pénienne de l'urèthre.

L'explorateur n° 20 passe facilement : promené dans l'urèthre antérieur, il ramène du cul-de-sac du bulbe un pus épais et abondant. Rien dans les portions membraneuse et prostatique.

Les urines du premier jet seulement, sont chargées de pus.

2 février. — Première instillation avec la solution de nitrate d'argent au 50^e : 4 à 5 gouttes dans la partie la plus profonde de l'urèthre antérieur.

Ces instillations sont régulièrement continuées tous les deux jours : à la 11^e (22 février), l'écoulement qui avait progressivement diminué depuis quelques jours, a complètement cessé.

1^{er} mars. — Le malade sort absolument guéri.

OBSERVATION XXI

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement, malgré plusieurs blennorrhagies. — Guérison en un mois et demi environ par les instillations de nitrate d'argent (deux par semaine).

Man... Ernest, 42 ans, employé de commerce, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent, le 19 octobre 1881.

Nombreuses chaudepisses antérieures : néanmoins pas de rétrécissement. La dernière de ses blennorrhagies date de sept mois ; elle a été très peu intense, et s'est manifestée presque d'emblée, par une sorte de suintement transparent, indolore, peu abondant.

Aucun trouble de la miction.

Toucher rectal négatif.

Exploration du canal (explorateur à boule n° 20) démontré l'intégrité absolue de l'urèthre postérieur. Un peu de sécrétion dans le cul-de-sac du bulbe.

Instillations tous les deux jours à la partie la plus profonde de l'urèthre antérieur, avec la solution de nitrate d'argent au 50^e (6 gouttes).

Le malade ne vient que deux fois par semaine à l'hôpital pour son instillation. Aussi, ce n'est guère qu'au bout d'un mois environ, qu'un peu d'amélioration se produit. Une quinzaine de jours après, le malade n'ayant vu aucune goutte apparaître au méat depuis plusieurs jours, vient une dernière fois dans la salle, pour annoncer qu'il se croit suffisamment guéri pour renoncer aux instillations.

OBSERVATION XXII

(COMMUNIQUÉE PAR MON EXCELLENT MAÎTRE ET AMI LE D^r P. SEGOND,
QUI LA TENAIT DU D^r CHUPIN).

Uréthrite chronique antérieure, datant de 3 ans. — Pas de rétrécissement, malgré plusieurs blennorrhagies. — Guérison complète après neuf instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50 d'abord, puis au 30°.

M. X... 30 ans, officier de cavalerie, constitution robuste, tempérament lymphatico-sanguin, après avoir eu deux uréthrites, contracta une troisième blennorrhagie en 1876. Celle-ci ne tarda pas à passer à l'état chronique, résistant à tous les traitements (balsamiques et injections de toutes sortes, hydrothérapie, fer à l'intérieur, etc...), et s'accompagnant de cystite du col et de recrudescence de l'écoulement après la moindre fatigue ou le plus petit écart de régime.

En 1877, le médecin du régiment, consulté, essaya la dilatation du canal : les bougies n^{os} 20 et 24 passèrent très facilement, mais cette intervention n'amena aucun résultat. Des injections vésicales avec la solution de nitrate d'argent au 200°, furent ensuite pratiquées : les phénomènes de cystite disparurent, mais l'écoulement légèrement amoindri, continua. Quelques instillations (solution nitrate d'argent au 100° d'abord, puis au 50°), furent faites assez irrégulièrement avec les explorateurs à boule perforés n^{os} 14 et 16 ; elles amenèrent une amélioration assez sensible, mais qui disparut lorsque le traitement cessa.

De guerre lasse, le médecin traitant conduisit son malade à la consultation de M. le professeur Guyon (août 1879). L'exploration du canal, pratiquée successivement dans l'urètre antérieur, puis dans la portion membrano-prostatique, montra qu'il n'existait point de rétrécissement, et que la région bulbaire seule était malade. M. Guyon conseilla les instillations de nitrate d'argent (solution au 50°, puis au 30°) dans le cul-de-sac du bulbe, au moyen de l'explorateur à boule perforé n° 24, en instillant 7 ou 8 gouttes tous les quatre ou cinq jours.

Pendant le mois d'août, quatre instillations furent pratiquées de cette façon, avec la solution de nitrate d'argent au 50°. Amélioration incontestable : diminution très sensible de l'écoulement.

En septembre, cinq instillations au 30° (une tous les cinq jours). L'écoulement a disparu, pour ne plus reparaitre.

Revu en effet, le 27 novembre suivant, le malade affirmait n'avoir pas constaté le moindre suintement urétral, depuis la dernière instillation.

OBSERVATION XXIII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Guérison complète au bout d'un mois environ par les instillation de nitrate d'argent (une tous les deux jours).

Lef... Sylvain, 32 ans, jardinier, entre à l'hôpital Necker, service de M. Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 8, le 20 février 1872.

Première blennorrhagie il y a dix ans : elle a été bien guérie en quelques semaines. Le malade a contracté une seconde chaudépisse il y a près d'un an ; la période aiguë a été très courte, peu intense.

Écoulement peu abondant ; les mictions ne sont ni fréquentes ni douloureuses : urines limpides.

Explorateur à boule n° 19, parcourt facilement le canal, sans ressauts. L'urètre antérieur seul est malade, surtout au niveau du cul-de-sac du bulbe.

Rien à la prostate.

Les instillations de nitrate d'argent régulièrement pratiquées tous les deux jours, jusqu'au 16 mars, suffisent à tarir l'écoulement.

Guérison complète à la sortie du malade le 23 mars.

OBSERVATION XXIV

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Instillations de nitrate d'argent au 50^e d'abord (douze), puis de sulfate de cuivre au 30^e. — Guérison en un mois et demi.

Tho... Léon, 30 ans, domestique, entre le 8 octobre 1879, dans le service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 4.

Blennorrhagie (première et unique) il y a trois ans, guérison très prompte de la période aiguë, par des injections pratiquées dès les premiers jours. Mais depuis lors, un léger écoulement a persisté, incolore, se montrant surtout la matin. Aucune douleur, ni aucune fréquence de la miction; jamais d'hématuries.

Pas de rétrécissement, car on introduit facilement un explorateur à boule n° 20, jusqu'au cul-de-sac du bulbe, d'où l'on ramène une sécrétion assez abondante : rien dans l'urèthre postérieur.

Urines claires.

Une instillation tous les matins dans le cul-de-sac du bulbe, avec la solution de nitrate d'argent au 50^e (5 gouttes), une douche tous les jours.

Du 10 au 24 octobre, ce traitement est suivi régulièrement; à cette dernière date, on le suspend durant quelques jours : l'écoulement a sensiblement diminué.

3 novembre. — L'écoulement n'a pas augmenté pendant l'interruption du traitement. On commence aujourd'hui, des instillations semblables aux précédentes, mais avec la solution de sulfate de cuivre au 30^e.

Dès le lendemain amélioration immédiate, et bientôt, cessation complète de l'écoulement.

Le malade sort guéri le 29 novembre.

OBSERVATION XXV

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Uréthrite chronique antérieure. — Pas de rétrécissement. — Guérison complète en trois semaines : instillations de nitrate d'argent tous les deux jours.

Del... 20 ans, entre dans le service de M. Guyon à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 3, le 28 novembre 1873.

Première blennorrhagie il y a 18 mois ; elle avait été, paraît-il, rapidement et complètement guérie.

Deuxième blennorrhagie il y a 6 mois ; le malade dit n'avoir pris que différentes capsules et pillules et de l'opiat.

Actuellement l'écoulement est très abondant, jaune-verdâtre ; le méat est rouge et boursoufflé.

L'explorateur n° 20 passe très facilement, et ne ramène du pus, que de la portion antérieure du canal.

La miction en deux verres, laisse déposer dans le premier une quantité assez notable de pus : rien dans le second.

29 novembre. — Instillation de nitrate d'argent au 50°, 6 à 7 gouttes dans l'urèthre antérieur.

1^{er} décembre. — Deuxième instillation.

3 décembre. — Troisième instillation.

5 décembre. — Quatrième instillation : beaucoup moins d'écoulement.

7 et 9 décembre. — Cinquième et sixième instillations : modification très sensible de l'écoulement, comme quantité et comme qualité.

12 décembre. — Tout en continuant les instillations, on prescrit au malade un peu d'opiat.

18 décembre. — Plus d'écoulement depuis trois jours.

25 décembre. — Exeat. Guérison complète.

OBSERVATION XXVI

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure datant de sept ans. — Pas de rétrécissement. Instillations de nitrate d'argent tous les deux jours. — Erysipèle de la face. — Mort. — Autopsie.

Mend... François, 32 ans, employé, entre le 15 mars 1877, dans le service de M. Guyon à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 3, pour un écoulement chronique du canal de l'urèthre, datant de sept ans environ.

C'est en effet en 1870, que le malade a contracté sa première et unique blennorrhagie; « celle-ci a résisté à tout espèce de traitement, dit-il, car il a tout essayé. »

Durant cette longue période, l'écoulement a été plus ou moins abondant, mais sans jamais cesser complètement; de loin en loin, il a présenté quelques périodes d'exacerbation, surtout après des excès de coït ou de boisson. Actuellement, il se traduit uniquement par une goutte muco-purulente, un peu filante, n'apparaissant guère au méat que le matin, quelquefois dans la journée, quand le malade est resté plusieurs heures sans uriner. Du reste, aucun trouble, aucune fréquence, aucune douleur des mictions.

Aucun symptôme fonctionnel de rétrécissement; d'ailleurs l'explorateur à boule n° 15 passe facilement dans toute l'étendue du canal, et ne ramène de sécrétions purulentes que de l'urèthre antérieur seul.

Instillations avec la solution de nitrate d'argent au 50°, tous les deux jours : 40 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe; bain sulfureux tous les deux jours, alternant avec les instillations.

1. Cette observation est résumée d'après celle de la thèse du Dr Fauconnier (1877). Cette année là, j'étais externe dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Guyon, et j'ai ainsi pu suivre complètement *de visu* tous les détails, de l'intéressante histoire clinique et anatomo-pathologique de ce malade.

Au 1^{er} avril (8^e instillation), il n'y avait pas encore d'amélioration très sensible, lorsque quelques jours plus tard, le malade est pris d'érysipèle de la face des plus intenses, auquel il succombe le 21 avril.

A l'autopsie (23 avril), on constata la localisation des lésions uréthrales dans la partie la plus profonde de l'urèthre antérieur (cul-de-sac du bulbe), avec les différentes particularités que nous signalons plus loin (Voir la planche II).

Notons cependant que nulle part on ne trouva trace de tubercules.

OBSERVATION XXVII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique de l'avant canal seulement, malgré plusieurs cathétérismes déterminés par une rétention d'urine. — Pas de rétrécissement ; prostate un peu volumineuse. — Guérison après 14 jours de traitement, par des lavages quotidiens de l'urèthre antérieur suivis d'une instillation de nitrate d'argent.

Sav... Pierre, 45 ans, entre le 11 octobre 1878 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 4.

Chaudépisse il y a 16 ans, ayant duré peu de temps. Il y a 5 à 6 mois, le malade, sans qu'il se soit, dit-il, exposé à contracter une nouvelle blennorrhagie, s'est mis à couler de nouveau. Écoulement peu épais et qui n'a jamais été douloureux ; il avait beaucoup diminué depuis quelque temps, lorsque le dimanche 6 octobre, après un excès de boisson, le malade a été pris de rétention d'urine complète, subitement. Un médecin pratiqua facilement le cathétérisme à plusieurs reprises.

Actuellement le malade urine normalement, sans difficulté ni douleur, 5 à 6 fois par jour.

Prostate un peu grosse. Calibre de l'urèthre normal. Légère urétrite de la partie antérieure seulement. Un peu de spasme de la portion membraneuse. Urines légèrement troubles : le malade vide incomplètement sa vessie.

Lavages de l'urèthre antérieur, et instillation d'une dizaine de gouttes de la solution de nitrate d'argent au 50°, dans le cul-de-sac du bulbe.

20 octobre. — Amélioration très marquée par le traitement sus-indiqué, répété tous les jours.

24 octobre. — Plus d'écoulement, bien que matin et soir on sonde le malade pour vider sa vessie.

6 novembre. — Exeat guéri.

OBSERVATION XXVIII

(RECUEILLI DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Uréthrite chronique antérieure. — (Uréthro-cystite dix ans auparavant). — Pas de rétrécissement. — Guérison après sept instillations de nitrate d'argent.

Go... Gustave, 34 ans, épicier, est le malade de l'observation 99. Il rentra à la salle Saint-Vincent, lit n° 6, 10 ans après, le 7 juillet 1879.

Depuis sa sortie de l'hôpital (1869), il s'est toujours bien porté, et a beaucoup voyagé, sans qu'il se soit jamais senti de son ancienne uréthrite. Mais il y a 6 semaines, il a contracté une nouvelle blennorrhagie, qu'il a soignée dans la période aiguë, par des tisanes d'abord, et des opiatés ensuite; il a fait des injections de sulfate de zinc, 3 semaines après le début.

Voyant que son écoulement ne se tarissait pas, il revint à l'hôpital ne présentant cette fois aucun symptôme cystique. L'exploration du canal montre d'ailleurs, que l'inflammation siège seulement dans l'urèthre antérieur, et qu'elle n'a pas gagné l'urèthre profond. Aucune trace de rétrécissement.

A la 7^e instillation (20 juillet) l'écoulement a cessé. On continue néanmoins ce mode de traitement pendant quelques jours encore, et le malade sort complètement guéri le 27 juillet.

URÉTHRITE CHRONIQUE AVEC RÉTRÉCISSEMENT.

OBSERVATION XXIX

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique antérieure. — Faible rétrécissement à la portion périneale (plusieurs blennorrhagies très longues). — La dilatation ne diminue pas l'écoulement. — Guérison complète, après neuf instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50°.

Moll... André, 28 ans, employé de commerce, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 19 avril 1882.

Antécédents de famille douteux ; sa mère et une sœur seraient mortes de la poitrine. Il a eu de l'incontinence d'urine dans son enfance, qui a guéri sans traitement. Assez bonne santé habituelle ; s'enrhume cependant assez facilement pendant l'hiver : mais aucun signe stéthoscopique aux sommets.

Première blennorrhagie en 1876, qui dure près d'un an ; injections irrégulièrement faites ; quelques douleurs terminales et fréquence des mictions.

Deuxième urétrite, trois ans après, non douloureuse, mais qui persiste pendant six mois ; traitée par tisanes, balsamiques, etc.,.

La troisième a commencé en août 1881 : après une période inflammatoire très courte, goutte matinale, jaune-blanchâtre disparaissant et reparaissant continuellement. Injections. — Aucun trouble de la miction, sauf de loin en loin quelques difficultés en commençant d'uriner.

Exploration du canal : arrêt à la portion périnéo-bulbaire (le n° 13 passe, mais assez difficilement). Pas de pus dans l'urètre postérieur.

Prostate saine, peut-être un peu grosse ; vésicule séminale droite légèrement indurée.

Urines normales.

On commence la dilatation progressive par les bougies, sans instillations, le 19 avril ; celle-ci est régulièrement continuée tous les deux jours. Le canal se dilate bien, et admet le 13 mai un Béniqué n° 45 ; mais l'écoulement est resté tel qu'il était auparavant.

A partir de ce jour on alterne les instillations au 50° dans le cul-de-sac de bulbe, avec les séances de dilatation, et le 29 mai (8° instillation), l'écoulement a complètement disparu. On continue quelques jours encore. Guérison complète.

OBSERVATION XXX

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure. — Très légers rétrécissements (blennorrhagie cinq ans auparavant). — Guérison après dix instillations de nitrate d'argent.

Fuge..... Philibert, 22 ans, boucher, entre à l'hôpital Necker, le 5 août 1872, dans le service de M. Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 4.

Accidents scrofuleux dans l'enfance. Première blennorrhagie il y a 5 ans : elle a duré très peu de temps. La seconde date de 3 ans. — Un léger écoulement a toujours persisté depuis lors. Divers traitements locaux et généraux ont été essayés, entre autres les cautérisations à l'aide de l'endoscope pendant 2 mois : aucune amélioration.

A son entrée à l'hôpital le toucher de la prostate et des vésicules séminales, n'indique rien de particulier.

Le canal admet dans toute son étendue, un explorateur n° 21 : deux ressauts cependant dans la région pénienne, et un autre à la région bulbaire. Légère douleur à ce niveau. Pas de sensibilité de la partie profonde de l'urètre. La boule exploratrice ne ramène de sécrétion que de l'urètre antérieur seul. Du reste, le malade déclare ne perdre que quelques gouttes jaunâtres dans la journée.

Urines normales.

Traitement : instillation tous les deux jours, avec la solution de nitrate d'argent au 50° dans l'urèthre antérieur (4 gouttes). Douches froides, pilules de fer réduit.

11 août. — Pas de changements : on instille 5 gouttes.

23 août. — Diminution très notable de l'écoulement qui est insignifiant.

1^{er} septembre. — On cesse les instillations : plus d'écoulement.

3 septembre. — Le malade quitte l'hôpital pour aller prendre les bains de mer.

OBSERVATION XXXI

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urèthrite chronique. — Rétrécissement médiocre (blennorrhagie sept ans auparavant). — Dilatation progressive, qui détermine une augmentation de l'écoulement et l'apparition de phénomènes de cystite. -- Résultats incomplets. — L'année suivante rétrécissement confirmé, guéri par la dilatation.

St... Édouard, 27 ans, employé de commerce, entre, le 23 septembre 1872, salle Saint Vincent, lit n° 4.

Première blennorrhagie il y a 7 ans, ayant duré 15 mois.

Deuxième blennorrhagie il y a 3 ans, qui n'a jamais, dit-il, complètement cessé, en ce sens, que de temps en temps, sous la moindre influence, un léger écoulement reparaissait pendant quelques jours, ou même quelques semaines. Depuis 5 ou 6 mois miction difficile, ne s'effectuant quelquefois qu'au prix de violents efforts : jet d'urine notablement diminué de volume.

L'explorateur à boule n° 19 est arrêté en arrière des bourses. L'explorateur n° 15 également. Le n° 11 passe.

Urines normales.

On commence la dilatation progressive avec les bougies.

On n'était arrivé qu'au n° 16, quand M. Guyon reprend le service vers le milieu d'octobre. Depuis que l'on a commencé la dilatation, l'écoulement loin de diminuer, a au contraire sensiblement augmenté. En outre, depuis quelques jours les mictions

sont devenues plus fréquentes (15 à 20 fois par 24 heures), et douloureuses à la fin.

M. Guyon fait cesser la dilatation et prescrit le repos, les bains et le régime lacté.

Au bout de quelques jours, amélioration notable de la cystite; l'écoulement urétral semble aussi avoir un peu diminué.

28 octobre. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

L'année suivante, en 1873, ce malade est revenu dans le service, n'ayant plus d'écoulement urétral, mais porteur d'un rétrécissement périnéo-bulbaire, admettant à peine une bougie n° 8. Pendant 5 semaines, il fut traité par la dilatation, et à sa sortie (8 mai 1873), on passait facilement une bougie n° 22.

OBSERVATION XXXII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure. — Rétrécissement peu étroit (blennorrhagie huit ans auparavant). — Disparition totale de l'écoulement par les instillations de nitrate d'argent, avant qu'on ait commencé la dilatation du canal.

Lap... Hector, 27 ans, relieur, entre le 27 novembre 1868, dans le service de M. le Dr. Guyon, à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 6.

Première blennorrhagie il y a 8 ans : elle a duré plusieurs mois, et le malade ne peut donner aucun renseignement précis, sur les divers traitements qu'il a suivis.

La seconde urétrite date de 11 mois; mais avant son apparition, les mictions étaient, paraît-il, assez difficiles par moments : le jet d'urine était fin et bifurqué.

Depuis 11 mois, l'écoulement a persisté peu abondant, tantôt incolore, tantôt plus épais, et le malade, sans uriner plus souvent que d'habitude, prétend éprouver pendant la miction une sensation de cuisson légère dans le canal.

Un explorateur n° 13 est arrêté dans la région périnéo-bulbaire : quelques ressauts dans la portion pénienne.

Instillations tous les jours avec la solution de nitrate d'argent au 50° (7 à 8 gouttes).

30 novembre. — Hier, cuisson plus vive après l'instillation : écoulement plus abondant pendant la journée.

1^{er} décembre. — L'écoulement a diminué malgré une nouvelle instillation.

5 décembre. — L'instillation d'hier a de nouveau été douloureuse : on la suspend aujourd'hui.

7 décembre. — On reprend les instillations.

6 décembre. — Diminution très notable de la douleur et de l'écoulement qui sont insignifiants.

15 décembre. — On commence aujourd'hui la dilatation du canal ; une bougie n° 14 passe facilement. On alterne les instillations et les séances de dilatation.

30 décembre. — On cesse les instillations : l'écoulement n'a pas reparu depuis plus de 15 jours. On est arrivé à la bougie n° 21.

9 janvier 1869. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Son canal admettant une bougie Béniqué n° 45 : pas d'écoulement depuis plus d'un mois.

OBSERVATION XXXIII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON,
PAR MON EXCELLENT AMI ET COLLÈGUE P. GEFFRIER).

Uréthrite chronique. — Rétrécissement bulbaire déjà deux fois urétréthromisé, paraît-il. — Dilatation progressive par les bougies Béniqué. — Aucune modification de l'écoulement.

Ca... François, 53 ans, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker (service de M. le professeur Guyon), le 8 novembre 1884.

Première blennorrhagie à l'âge de 17 ans, deuxième vers l'âge de 30 ans, troisième il y a une dizaine d'années. Les deux premières avaient assez rapidement et complètement guéri ; mais, la dernière, dit le malade, ne s'est jamais bien passée, en ce sens, qu'un léger suintement uréthral a persisté, qui, sans être absolu-

ment continu, ne disparaît jamais pendant plus de quinze à vingt jours au maximum.

Il y a 4 ou 5 ans, quelques difficultés de la miction l'engagèrent à consulter en province; on lui trouva, paraît-il, un rétrécissement et on lui fit l'uréthrotomie interne. A la suite de cette opération, le malade ne voulut pas laisser continuer la dilatation au delà de la bougie n° 18; lui-même se passait de temps en temps un n° 14 dans le canal.

En 1879, mictions de nouveau difficiles : seconde uréthrotomie interne à Lyon. On ne fit pas alors la dilatation consécutive (?).

Ces différentes opérations n'ont aucunement modifié l'écoulement, qui est toujours très peu abondant, transparent, indolore.

Urines un peu troubles; mictions difficiles de temps en temps.

Le 8 novembre, tous les explorateurs à boule sont arrêtés au bulbe, jusqu'au n° 14 qui franchit.

Du 10 novembre au 3 décembre, la dilatation avec les bougies Béniqué est régulièrement pratiquée deux fois par semaine.

On était parvenu à passer facilement le n° 42 dans les premiers jours de décembre, et, malgré la restitution de calibre du canal, l'écoulement ne s'était pas modifié. Aussi allait-on commencer les instillations de nitrate d'argent, quand subitement le malade n'est pas revenu à la consultation.

OBSERVATION XXXIV

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite chronique antérieure et postérieure (rhumatisme). — Rétrécissement admettant une bougie n° 13 (première blennorrhagie cinq ans auparavant). — Dilatation par les bougies jusqu'au n° 21 : aucune modification de l'écoulement. — Alternance des instillations de nitrate d'argent avec les séances de dilatation. — Guérison.

Ret... Claude, employé, 26 ans, entre, le 7 septembre 1869, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 16.

Rhumatisme articulaire dans l'enfance.

Trois blennorrhagies : la première il y a 5 ans; la seconde il y

a 2 ans, compliquée d'une nouvelle attaque de rhumatisme ; la 3^e il y a 9 mois : cette dernière dure encore. Mais l'écoulement est peu abondant : une goutte transparente le matin, et quelques gouttes blanchâtres dans la journée.

Sensation légèrement douloureuse à la fin des mictions, qui sont assez fréquentes. Un peu de pus dans les urines.

Prostate normale : les efforts de défécation ne semblent pas augmenter l'écoulement.

Un explorateur à boule n° 16 est arrêté en avant de l'anus. On franchit ce point rétréci avec un n° 13 ; sensibilité exagérée de l'urèthre profond.

10 septembre. — On commence la dilatation par la bougie n° 15.

12 septembre. — Bougie n° 17.

14 septembre. — Bougie n° 18.

16 septembre. — Bougie n° 19.

19 septembre. — Le n° 21 passe facilement. Depuis qu'on a commencé la dilatation, l'écoulement ne s'est pas modifié.

22 septembre. — Pas de changements.

6 octobre. — Une seule goutte le matin.

17 octobre. — Plus d'écoulement.

26 octobre. — Exeat guéri (Bougie n° 22).

Les 34 observations qui précèdent sont très détaillées et donnent, croyons nous, une idée suffisante de l'aspect que revêt l'uréthrite chronique lorsqu'elle se cantonne dans l'avant-canal, et spécialement dans le cul-de-sac bulbaire. Afin de ne pas allonger démesurément l'étendue de ce travail, j'ai résumé ci-après *quarante* autres observations d'*uréthrite chronique antérieure*, ce qui porte à 74 le nombre des cas de ce genre que j'ai recueillis. D'autre part, on sait que 29 fois seulement j'ai trouvé l'écoulement siégeant dans l'urèthre postérieur, avec ou sans complication de cystite et de prostatite chroniques.

Les 40 observations qui suivent, *toutes personnelles*, présentent comme caractères communs :

1° *La localisation de l'inflammation chronique dans l'urèthre antérieur*, sans que l'arrière-canal soit atteint, du moins au

moment où ces malades ont été soumis à mon examen : en d'autres termes, pas de prostatite, pas de cystite, mictions et urines normales.. etc...

2° *La non-coexistence habituelle de l'urétrite et d'un rétrécissement* (je l'ai signalée les 5 fois que je l'ai rencontrée).

3° *Le traitement* qui, dans tous les cas, a consisté en instillations de nitrate d'argent (ordinairement solution au 50^{me}, très rarement au 25^{me}) pratiquées tous les deux ou trois jours dans la région bulbeuse (4 ou 5 gouttes), auxquelles suivant les indications on a adjoint les toniques, les antistrumeux, les bains sulfureux, les douches froides, etc.

OBSERVATION XXXV

Mar... Henri, 26 ans, ébéniste, 28 janvier 1882. Rhumatisant. Deux blennorrhagies. — La 3^e (actuelle) dure depuis 8 mois; mal traitée. — Écoulement incolore, très peu abondant (goutte matinale). — Aucun symptôme d'invasion postérieure. — Instillations de nitrate d'argent (50^e) dans le cul-de-sac bulbaire, 5 gouttes tous les deux jours. — Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XXXVI

Bon... Victor, 19 ans, 12 février 1882. Tuberculose héréditaire (?). — Première blennorrhagie depuis 1 an 1/2. — Quelques gouttes muqueuses dans la journée. — Rien dans l'urèthre postérieur. — Malgré traitement général et instillations régulièrement suivies, peu d'amélioration (fin avril).

OBSERVATION XXXVII

Rac... Auguste, 27 ans, serrurier, 15 février 1882. Pas d'antécédents diathésiques appréciables. — Traitements contraires et mal suivis. — Première blennorrhagie, en 1876, courte. — Seconde (actuelle), depuis 10 mois (plusieurs rechutes). — Guérison en six semaines environ.

OBSERVATION XXXVIII

Tel..., Guillaume, 22 ans, brocanteur, 27 février 1882. Pas d'antécédents. — Première et unique blennorrhagie depuis six mois. — Plusieurs traitements (injections au début...) — Guérison en un mois (14 instillat.).

OBSERVATION XXXIX

Ern... Jean-Baptiste, 30 ans, employé, 6 mars 1882. Antécédents nuls comme diathèse. — C'est sa 4^e blennorrhagie depuis dix ans; les autres ont été courtes, sauf la seconde (cystite et orchite après injections) : celle-ci dure depuis 6 mois environ. — Guérison en 1 mois et demi.

OBSERVATION XL

Lamb... Jules, 41 ans, charpentier, 9 mars 1882. Antécédents rhumatismaux (?) : alcoolisme. — Première blennorrhagie il y a 15 ans, complètement et rapidement guérie. — La seconde actuelle dure depuis 10 mois. — Excès nombreux de tous genres. — Pas de résultats, car le malade a disparu après 4 ou 5 instillations.

OBSERVATION XLI

Ber... Charles, 19 ans, commis, 24 mars 1882. Nombreuses manifestations strumeuses; lymphatisme. — Première et unique blennorrhagie depuis près de 2 ans. — Suintement muqueux toute la journée. — Traitements multiples et variés. — Guérison au bout de 2 mois et demi (1 ou 2 instillations seulement par semaine).

OBSERVATION XLII

Lou... Paul, 24 ans, mécanicien, 27 mars 1882. A déjà eu deux blennorrhagies assez courtes. — La 3^e dure depuis 8 à 9 mois.

— Traitement mal dirigé et rapports sexuels continués. — Écoulement peu abondant, blanchâtre. — Guérison en 5 semaines.

OBSERVATION XLIII

Char... Hippolyte, 24 ans, 8 avril 1882. Peut-être rhumatisant. — Première blennorrhagie il y a 3 ans, qui a duré plus de 6 mois et s'est compliquée d'uréthro-cystite spontanée. — La 2^e dure depuis près d'un an. — Excès nombreux. — Quelques gouttes incolores le matin et dans la journée. — Ce malade vient très irrégulièrement à l'hôpital pour ses instillations : au bout d'un mois il ne lui reste que sa goutte matinale. — On ne l'a pas revu.

OBSERVATION XLIV

Pin... Julien, 32 ans, employé de chemin de fer, 8 avril 1882. Blennorrhagies multiples (4 ou 5) : la première il y a 13 ans ; la dernière date de 6 à 8 mois. — Léger rétrécissement dans la région bulbaire et quelques ressauts au retour de la boule exploratrice dans la portion pénienne. — On commence par lui faire des instillations, puis quand l'écoulement est réduit à une goutte matinale incolore, on alterne les séances de dilatation progressive (bougies n° 14) avec les instillations. Guérison en 6 semaines environ (bougies n° 22).

OBSERVATION XLV

Wer... Nicolas, 27 ans, horloger, 11 avril 1882. Accidents strumeux multiples dans l'enfance et l'adolescence. — Première blennorrhagie, il y a 4 à 5 ans, très longue à guérir : a gardé une goutte militaire pendant près de deux ans. — Actuellement c'est la seconde : elle dure depuis 11 mois. Traitements nombreux. —

Guérison lente à obtenir (près de 3 mois, — 2 instillations par semaine).

OBSERVATION XLVI

Emm... Paul, 20 ans, ciseleur, 13 avril 1882. Pas d'antécédents

appréciables. — C'est sa première blennorrhagie; elle dure depuis plus d'un an, écoulement très peu abondant, opalin; peu et mal soignée. — Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION XLVII

Ham... Louis, comptable, 28 ans, 21 avril 1882. A déjà eu deux blennorrhagies assez rapidement guéries. — La 3^e dure depuis 5 à 6 mois, mais elle est réduite actuellement à une goutte matinale incolore. — Peu ou même pas de traitement. — Guéri en 1 mois environ.

OBSERVATION XLVIII

Fern... Albert, 22 ans, journalier, 22 avril 1882. Antécédents douteux au point de vue de la tuberculose. — A déjà eu deux blennorrhagies toutes deux très longues à guérir et avec uréthrocystite très probablement. — Actuellement, la 3^e dure depuis 7 à 8 mois : elle est seulement antérieure : quelques gouttes épaisses et peu nombreuses. — Amélioration sensible, mais non guérison complète au bout d'un mois et demi de traitement.

OBSERVATION XLIX

Sen... Alfred, 25 ans, mécanicien, 26 avril 1882. — Première blennorrhagie depuis 7 à 8 mois : peu de traitement et mal fait; quelques gouttes dans la journée. — Guérison en 6 semaines.

OBSERVATION L

Suz... Joseph, 22 ans, bijoutier, 29 avril 1882. Strumeux. — Première blennorrhagie depuis 15 mois : continuation des rapports sexuels. — Écoulement assez abondant blanc-jaunâtre toute la journée. — Instillations assez irrégulièrement suivies : au bout de 2 mois 1/2, amélioration très notable, mais non guérison complète.

OBSERVATION LI

Car... Alexandre, 25 ans, ajusteur, 29 avril 1882.

Quatrième blennorrhagie : les deux premières courtes; la 3^e a duré plus d'un an : celle-ci a commencé il y a 10 mois environ; mal soignée (injections au début, ayant amené cystite); actuellement goutte matinale incolore; une ou deux dans la journée. — Guérison en trois semaines.

OBSERVATION LII

Con... Sylvain, trente et un ans, domestique, 1^{er} mai 1882. Deux blennorrhagies de peu de durée : la 3^e (actuelle) depuis cinq mois; quelques gouttes muco-purulentes; traitement irrégulier. — Guérison complète en cinq semaines.

OBSERVATION LIII

Rog... Louis, vingt et un ans, dessinateur, 4 mai 1882. Deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. — C'est sa première blennorrhagie : elle dure depuis 7 à 8 mois : cystite au commencement. — Maintenant écoulement incolore, très peu abondant. — Instillations; rechute pendant le traitement; guérison en deux mois et demi.

OBSERVATION LIV

From... Georges, vingt-neuf ans, garçon de bureau, 5 mai 1882. Antécédents héréditaires tuberculeux : a eu plusieurs hémoptysies. — Première blennorrhagie il y a onze ans, longue à guérir. — Deuxième, cinq ans après; aurait duré un an et demi. La 3^e (actuelle) depuis quatre mois. — Écoulement incolore. — Rétrécissement admettant bougie n° 12. — On alterne dilatation et instillations. — Guérison complète en six semaines.

OBSERVATION LV

Par... Gustave, vingt-huit ans, peintre, 11 mai 1882. Seconde

blennorrhagie; la première, il y a six ans a été très longue. — Actuellement coule depuis 7 à 8 mois; plusieurs rechutes (excès). — L'écoulement blanc-jaunâtre est complètement tari au bout d'un mois environ.

OBSERVATION LVI

Now... Jules, trente-deux ans, tapissier, 18 mai 1882. Première blennorrhagie il y a treize ans; seconde deux ans après. — Sa troisième depuis 4 ou 5 mois; traitement mal fait et très irrégulier. — Guérison en trois semaines.

OBSERVATION LVII

Ber... Narcisse, cinquante et un ans, homme de peine, 23 mai 1882. Plusieurs blennorrhagies dans la jeunesse. — En ce moment écoulement depuis 3 mois, incolore et ne semble pas avoir jamais eu d'état aigu bien marqué. — Rétrécissement assez étroit (bougie n° 7). — On fait d'abord la dilatation; quand on est arrivé au n° 19, écoulement non modifié. Alors instillations en même temps que dilatation continue. — Guérison en deux mois environ.

OBSERVATION LVIII

Cros... François, vingt-six ans, cocher, 23 mai 1882. Plusieurs blennorrhagies toutes longues et mal soignées. — Sa dernière a commencé il y a plus d'un an (excès); écoulement encore blanc jaunâtre assez abondant. — Quelques instillations seulement, et le malade ne revient plus.

OBSERVATION LIX

Bet... Eugène, vingt ans, employé, 24 mai 1882. Première blennorrhagie: dure depuis 8 à 9 mois; écoulement clair, peu abondant; traitements multiples mais peu ou mal suivis. — Guérison rapide en trois semaines.

OBSERVATION LX

Ira... Emilien, vingt-six ans, tabletier, 26 mai 1882. Manifestement tuberculeux; c'est sa 3^e uréthrite; elle dure depuis 3 mois; gouttes incolores; rien dans l'urèthre postérieur; cependant très probablement tubercules de la prostate. — Peu d'amélioration au bout de plusieurs semaines de traitement.

OBSERVATION LXI

Pret... Jacques, dix-huit ans, brocheur, 26 mai 1882. Scrofulé manifeste et soupçons de tuberculose. — Première blennorrhagie dure depuis plus d'un an; a eu un commencement de cystite aujourd'hui guérie. Guérison en deux mois.

OBSERVATION LXII

Cla... Ernest, trente et un ans, facteur, 26 mai 1882. — Malgré plusieurs blennorrhagies, pas de rétrécissement; actuellement c'est la 5^e ou 6^e; elle dure depuis plus de 5 mois; suintement opalin. — Guérison en quatre semaines (deux instillations par semaine).

OBSERVATION LXIII

Fer... Adolphe, dix-neuf ans, cartonniér, 29 mai 1882. Première blennorrhagie dure depuis plus d'un an; traitement insignifiant; plusieurs rechutes aiguës. — Quelques installations seulement; pas de résultat.

OBSERVATION LXIV

Til... Claude, vingt-quatre ans, maçon, 29 mai 1882. Première blennorrhagie, dure depuis 6 mois environ (nombreux excès de boisson). — Guérison en six semaines.

OBSERVATION LXV

Ran... Joseph, vingt-huit ans, peintre en bâtiments, 30 mai 1882. Rhumatisant ; a déjà eu deux blennorrhagies avec cystite ; la 3^e, actuelle, dure depuis 7 à 8 mois, il ne semble pas y avoir eu cette fois d'uréthro-cystite ; écoulement muqueux peu abondant. — Guérison en 5 à 6 semaines.

OBSERVATION LXVI

Dum... Jean, trente-six ans, imprimeur, 30 mai 1882. Plusieurs blennorrhagies (la 1^{re} il y a 17 ans). — Depuis quelques années déjà, symptômes de rétrécissements ; en effet, outre l'uréthrite chronique, rétrécissement bulbaire assez étroit (bougie n° 9) et quelques points rétrécis situés plus en avant. La dilatation seule ne modifie pas l'écoulement qui reste toujours incolore et transparent. On alterne alors la dilatation et les instillations. — Guérison complète des deux affections au bout de 7 à 8 semaines.

OBSERVATION LXVII

Gan... Auguste, vingt-quatre ans, garçon boucher, 1^{er} juin 1882. Deuxième blennorrhagie qui dure depuis plus d'un an. (La 1^{re} à l'âge de vingt ans, très longue à guérir) ; cette fois traitements variés irréguliers et mal suivis ; écoulement jaunâtre assez abondant. — Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION LXVIII

Val... Hilaire, 35 ans, comptable, 4 juin 1882. Rhumatisant, plusieurs blennorrhagies. — 5^e ou 6^e actuellement, dure depuis 5 mois ; a eu au début de la cystite ; maintenant goutte matinale incolore seulement. — Vient irrégulièrement pour ses instillations ; pas de résultat, quand le malade disparaît après plusieurs semaines.

OBSERVATION LXIX

Gou... Alphonse, 25 ans, employé, 9 juin 1882. Manifestations strumeuses dans l'enfance; — aurait eu du rhumatisme articulaire. C'est sa 3^e blennorrhagie, très mal soignée et continuation du coït. — Quelques gouttes muco-purulentes le matin, et dans la journée. — Guérison rapide et complète en 3 semaines.

OBSERVATION LXX

Sta... Jérôme, 26 ans, fumiste, 10 juin 1882. Tuberculose au début (?). — Plusieurs chaudepisses, toutes très longues. Son écoulement actuel dure depuis près d'un an; traitements variés et mal faits. Amélioration seulement au bout de quelques semaines.

OBSERVATION LXXI

Man... Emile, 22 ans, fourreur, 11 juin 1882. Pas d'antécédents. — Première et unique blennorrhagie, qui dure depuis 18 mois (plusieurs rechutes dues à des excès). Quelques gouttes légèrement purulentes dans la journée. — Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION LXXII

Lies... Paul, 40 ans, cocher, 20 juin 1882. — Plusieurs chaudepisses; actuellement écoulement depuis 10 mois. Rétrécissement bulbaire (bougie n° 10 passe difficilement). — Dilatation: pas de changement de l'écoulement. — Le malade ne revient plus avant qu'on ait commencé les instillations.

OBSERVATION LXXIII

Par... Charles, 24 ans, mécanicien, 23 juin 1882. Seconde blennorrhagie (la 1^{re} il y a 3 ans, a été très longue à guérir), actuellement depuis 7 à 8 mois, goutte matinale transparente et incolore; rien dans la journée. — Guérison en 4 semaines.

OBSERVATION LXXIV

Kob... Jean, 27 ans, boulanger, 27 juin 1882. Soupçons de tuberculose. — C'est sa 3^e blennorrhagie ; elle dure depuis près d'un an ; a eu au début des mictions fréquentes. Aujourd'hui suintement urétral incolore, le matin et dans la journée ; rien dans l'urèthre postérieur. — Au 31 juillet, amélioration, mais non guérison complète.

OBSERVATIONS D'URÉTHRITE CHRONIQUE AYANT ENVAHI L'URÈTHRE POSTÉRIEUR

OBSERVATION LXXV

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Pas de cystite ni de prostatite appréciables. — Pas de rétrécissement. — Guérison en un mois environ par les instillations de nitrate d'argent au 50°.

Lac... Alphonse, 30 ans, blanchisseur, vient, le 20 juin 1882, consulter dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker. — Sans avoir été jamais gravement malade, cet homme ne jouit pas d'une excellente santé habituelle; il est manifestement lymphatique et dit avoir été exempté du service militaire pour « faiblesse de constitution ». Aucun signe de tuberculose. — Première et unique blennorrhagie, au mois d'octobre 1881; période aiguë dure une quinzaine de jours (écoulement jaune-verdâtre très abondant, cuissons très vives pendant tout le temps de la miction). — Sous l'influence du copahu, commencé au bout d'un mois et demi seulement, l'écoulement diminue et reste réduit à quelques gouttes par jour pendant 5 à 6 mois.

Vers le mois d'avril, pour tarir cet écoulement, on lui prescrit des injections; le malade raconte très nettement avoir poussé ces injections dans le canal tout d'un coup, et en injectant la seringue entière. Le surlendemain, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes et s'accompagnent d'une légère sensation douloureuse à la fin de la miction, mais l'écoulement n'a ni augmenté, ni diminué. C'est au bout de quelques jours seulement que, dans la journée, le malade s'aperçoit qu'il est plus mouillé que de coutume, et il se rend parfaitement compte de l'arrivée du liquide au méat; il sent « quelque chose couler dans le canal. »

Cet état a persisté depuis trois mois, sans modification sensible: l'usage des injections au tannin a été continué.

Un explorateur à boulen° 18 parcourt facilement, sans ressauts, tout l'urèthre antérieur : un peu de sécrétion muco-purulente est ramenée du cul-de-sac du bulbe. Dès que la boule pénètre dans la portion membraneuse, le malade éprouve une certaine douleur : toute la traversée de l'urèthre postérieur est d'ailleurs très sensible. L'olive exploratrice en rapporte une sécrétion blanchâtre, assez épaisse et assez abondante, dont une ou deux gouttes s'écoulent encore immédiatement après qu'on a retiré l'instrument. L'examen microscopique de ce liquide n'y révèle la présence que de cellules épithéliales et de globules blancs : on n'y découvre pas de corpuscules graisseux du liquide prostatique. — Par le toucher rectal, la prostate paraît saine et n'est douloureuse en aucun point : rien aux vésicules séminales.

A partir du 20 juin, le malade viendra 3 fois par semaine l'hôpital pour qu'on lui pratique une instillation de nitrate d'argent au 50^e (10 gouttes dans l'urèthre profond et 5 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe). — Défense de continuer les injections.

Le 23 juin, le malade vient à l'hôpital sans avoir uriné le matin, suivant la recommandation qui lui a été faite. Il urine alors en deux verres : le premier seul contient un nuage assez épais qui se dépose bientôt au fond du vase. — Le microscope montre que ce dépôt est composé des mêmes éléments que la sécrétion examinée trois jours avant. — Urines acides.

Le 29 juin (5^e instillation), pas de changement dans l'écoulement : les mictions sont peut-être un peu moins fréquentes. On instille 15 gouttes dans l'urèthre postérieur.

Le 12 juillet (11^e instillation), le malade dit que, depuis quelques jours, les mictions ne sont plus douloureuses à la fin et qu'elles n'ont lieu que 6 ou 7 fois par vingt-quatre heures ; l'écoulement a sensiblement diminué : à part la goutte matinale il se produit à peine deux fois dans la journée. — L'urine du premier verre reste cependant légèrement trouble, mais moins qu'auparavant. — On continue les instillations, en déposant 20 gouttes dans la portion membrano-prostatique. — Le 26 juillet, l'écoulement ne s'est pas montré depuis plusieurs jours : 4 ou 5 mictions par vingt-quatre heures. — Urines claires et limpides dans les deux verres.

On fait encore deux instillations, et le malade, qui avait pro-

mis de revenir s'il se produisait quelque nouveau symptôme, n'a pas reparu à l'hôpital.

OBSERVATION LXXVI

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Pas de symptômes cystiques ni prostatiques. — Guérison en trois semaines par les instillations de nitrate d'argent au 50°.

Ari... Jean, vingt-sept ans, fumiste, se présente à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker le 3 juin 1882.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels appréciables.

Première et unique chaudepisse il y a onze mois : après une période aiguë d'une quinzaine de jours et traitée seulement par les bains et les tisanes, le malade s'est fait des injections, poussées dans le canal très énergiquement, paraît-il. Au bout de quelques jours est apparue, pour la première fois, la fréquence des mictions ; quelques gouttes de sang se seraient même montrées à plusieurs reprises avec les dernières gouttes d'urine. Mais cette fréquence des mictions n'a pas constamment persisté depuis lors ; elle semble intermittente et coïncider avec les excès de boisson qui se répèteraient assez souvent.

Quant à l'écoulement, après avoir été jaune-verdâtre, épais, abondant pendant la période aiguë, il a considérablement diminué dès les premières injections. Actuellement, comme depuis neuf à dix mois, il consiste : 1° en une goutte muco-purulente apparaissant au méat le matin avant la première miction ; 2° en quelques gouttes sortant à deux ou trois reprises dans la journée, au nombre de 3 ou 4 à la fois. L'issue de ce petit flot de liquide blanchâtre laisse sur la chemise une large tache jaune : la défécation n'augmente pas cet écoulement.

L'exploration du canal montre que la sécrétion existe dans les deux urèthres à la fois : elle est d'ailleurs très peu abondante. — Sensibilité exagérée de l'urèthre profond.

La prostate ne semble ni modifiée, ni douloureuse en aucun point à la pression du doigt introduit dans le rectum.

Au microscope, on ne trouve dans l'écoulement que des cellules épithéliales et des leucocytes : quelques microbes.

Instillations tous les deux jours (solution au 50^e) : 10 gouttes dans l'urèthre postérieur, 5 gouttes dans la région bulbaire.

Le 5 juin, miction en deux verres : filaments blanchâtres dans le premier. — La première instillation pratiquée avant hier a, dans la journée, un peu augmenté la fréquence des mictions; on en fait une seconde néanmoins aujourd'hui.

Amélioration très rapide les jours suivants : le 17 juin (8^e instillation), plus d'écoulement appréciable : encore un petit bouchon muqueux entraîné par le premier jet d'urine.

Le 26 juin, guérison complète ; plus d'écoulement, mictions et urines normales.

OBSERVATION LXXVII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Pas de rétrécissement. — Instillations de nitrate d'argent (solution au 50^e). — Guérison en trois semaines.

Mey... François-Joseph, 35 ans, cordonnier, se présente le 27 juin 1882, dans la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker. A eu plusieurs atteintes de rhumatisme. S'enrhumé facilement.

Première chaudepisse, en juin 1878 ; la période aiguë dure trois semaines ; l'écoulement, d'abord jaunâtre et abondant, devient bientôt incolore, puis se transforme en une goutte apparaissant seulement le matin avant la première miction.

Cet état persiste sans amélioration pendant 3 ans, malgré des injections aussi nombreuses que variées ; la reprise des rapports sexuels ne l'aggrave pas.

Au mois de novembre 1881, après des excès de coït, l'écoulement augmente notablement ; il apparaît dans la journée, mais reste incolore. Le malade entre alors à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, où on lui fait des injections pendant six semaines d'abord ; pas de changement. On reprend les balsamiques (opiat

de copahu et de culèbe); pas d'amélioration. Nouveau traitement par les injections de sulfate de zinc pendant 3 semaines : cette fois la goutte a disparu et il ne reste qu'une légère humidité du méat. Il sort de l'hôpital se croyant guéri, mais 3 jours après la goutte matinale reparait.

Aucun traitement jusqu'en avril 1882 ; à ce moment, balsamiques et injections. Le 3^e jour, fréquence des mictions et, quelques jours après, épididymite gauche ; on cesse toute médication. Mais, dans le courant du mois de mai, il est sondé à 4 ou 5 reprises et on diagnostique un rétrécissement : la fréquence des mictions s'accroît ; l'écoulement n'augmente pas. Cependant, à partir de ce moment, le premier jet d'urine, d'après le malade, serait devenu trouble, ce qui n'existait pas auparavant.

Le canal admet facilement un explorateur à boule n° 20 : l'écoulement siège aussi bien dans l'urèthre postérieur que dans le cul-de-sac du bulbe. (Au microscope rien que des cellules épithéliales et des globules blancs.) Prostate et vésicules séminales normales.

Miction en deux verres : premier verre, urines un peu troubles, filaments blanchâtres ; deuxième verre, urines claires, limpides et sans dépôt.

Instillations de nitrate d'argent au 50^e tous les deux jours : dix gouttes dans l'urèthre postérieur, 5 gouttes dans la région bulbaire.

10 juillet — (7^e instillation), amélioration très sensible.

22 juillet. — Guérison complète.

OBSERVATION LXXVIII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison.

Ver... Louis, 24 ans, cordonnier, vient consulter dans la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker, le 3 mars 1882. — Enfance malade : coryzas très fréquents.

Au mois de mai dernier (1884), il contracte sa première blennorrhagie, dont l'état aigu se prolonge pendant un mois environ ; une dizaine de jours après le début, ayant pris d'abord des tisanes diurétiques et du copahu, il se pratique des injections au tannin. L'écoulement avait cessé depuis peu de temps lorsque des excès de boisson le rappellent : il persiste pendant deux mois assez abondant ; au bout de ce temps il diminue graduellement, et se réduit bientôt à une goutte matinale qui apparaît avant la première miction ; cette goutte est incolore, transparente, légèrement épaisse et filante ; en pressant d'arrière en avant sur la verge on favorise son apparition. — Le premier jet d'urine est légèrement trouble et entraîne avec lui des filaments muqueux blanchâtres.

L'exploration du canal permet de constater : 1° qu'il est libre dans toute son étendue ; 2° que la sécrétion vient des deux urèthres.

Prostate et vésicules séminales indemnes.

On fait uriner le malade en deux verres : le premier contient des filaments blanchâtres (que Ver... appelle des germes, et qui l'effrayent fort) ; dans le second, l'urine est absolument limpide. Au microscope, ces filaments sont constitués par de nombreux globules blancs, et des cellules épithéliales agglutinées par une sorte de mucus (Voy. la fig. 4 de la planche II).

Les instillations de nitrate d'argent au 50° (15 gouttes dans l'urèthre profond, 3 ou 4 dans le cul-de-sac bulbaire) sont commencées le 3 mars, et seront continuées tous les 2 jours.

16 mars (6° instillation). — L'écoulement n'a pas sensiblement diminué ; cependant ce n'est guère qu'en amenant pour ainsi dire, par une pression exercée sur la verge, d'arrière en avant, la goutte au méat, qu'on peut l'apercevoir.

25 mars. — Il existe actuellement un suintement à peine appréciable (11° instillation).

29 mars. — Le malade ne voit plus depuis 2 ou 3 jours sa goutte matinale ; on lui pratique aujourd'hui une dernière instillation.

OBSERVATION LXXIX

(PERSONNELLE.)

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Pas de cystite ni de prostatite. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison en un mois.

Thev.... Jean, 34 ans, charron, vient à la consultation de la salle Saint Vincent, le 20 juin 1882 (Hôpital Necker).

S'enrhume très facilement : un rhume lui a duré deux ans; pas de signes bien nets de tuberculose (?).

Première et unique blennorrhagie, 14 avril 1879 : écoulement peu épais et pas de douleurs au commencement. — Puis au bout d'un mois, injections : l'écoulement devient jaunâtre et plus abondant, les mictions deviennent fréquentes et douloureuses à la fin; un peu de sang avec les dernières gouttes d'urine. Ces phénomènes s'apaisent; le malade conserve seulement un peu de fréquence des mictions et une goutte blanchâtre le matin. — Pendant six mois il continue les injections avec différentes substances, puis il se met aux balsamiques; il prend ensuite de l'opiat, et enfin des bains alcalins et du bicarbonate de soude.

Naturellement, il ne constate aucune amélioration.

Canal libre (explorateur n° 18) : urétrite antérieure et postérieure; portion membraneuse sensible. — Prostate et vésicules séminales saines. — Le premier verre d'urine contient seul un peu de dépôt.

Instillations au 50°, antérieures et postérieures, deux fois par semaine.

10 juillet. — Plus d'écoulement spontané le matin. Premier jet d'urine un peu trouble encore, quelques fils blanchâtres. Presque plus de fréquence des mictions.

21 juillet. — Guérison.

OBSERVATION LXXX

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite et orchite au début de l'affection (à la suite d'injections). — Pas de complications actuellement. — Rhumatisme (?). — Pas de traitement.

M.... Charles, employé, 20 ans, nous est adressé dans la salle Saint-Vincent, le 21 juin 1882, par notre excellent ami le Dr Th. Gaillard (de Chatou).

Rhumatisme articulaire des genoux.

Blennorrhagie au mois de mai 1881 ; pilules (?) pendant 8 jours, puis injections au tannate de zinc, poussées *profondément*. Quelques jours après, mictions fréquentes et avec douleur et quelques gouttes de sang à la fin ; puis épidydimite gauche. — Ces symptômes guérissent, mais le malade conserve des mucosités dans les urines, et un peu de fréquence des mictions. Quant à l'écoulement, il reparait et disparaît à plusieurs reprises, suivant les traitements (copahu, cubèbe, injections d'alcool, injections de permanganate de potasse).

Dernièrement, tout écoulement avait cessé depuis un mois environ, mais les urines étaient encore un peu troubles au commencement ; quand le malade a un rapport sexuel, trois jours après, la goutte matinale incolore reparait, s'accompagnant de quelques autres dans la journée ; en même temps, la fréquence des mictions, qui n'avait jamais complètement cédé, s'accroît notablement.

Canal libre, mais sensibilité très marquée de tout l'urèthre profond. — Toucher rectal négatif. — Secrétions dans les deux urèthres, mais surtout dans le postérieur. — Le premier jet d'urine est trouble, le reste est clair.

Ce malade, qui venait seulement pour consulter, est renvoyé au Dr Gaillard avec l'indication des instillations à lui pratiquer. — Nous n'en avons pas eu de nouvelles.

OBSERVATION LXXXI

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite aujourd'hui disparue. — Un peu de fréquence des mictions. — Pas de prostatite. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison probable.

Don... Ernest, 19 ans, sculpteur, se présente à la consultation de la salle Saint-Vincent, le 23 juin 1882.

Pas d'antécédents pathologiques.

Première chaudepisse en novembre dernier : période aiguë dure un mois ; injections au bout de 8 jours, qui, après quelques semaines, provoquent une cystite très nette avec hématuries, qui persiste pendant quelques semaines en laissant après elle un peu de fréquence des mictions. Celle-ci s'est continuée jusqu'aujourd'hui, avec quelques alternatives d'aggravation et d'amélioration. En outre, il reste un écoulement blanc-jaunâtre, très léger (quelques gouttes dans la journée).

L'exploration des deux urèthres montre : 1° canal libre ; 2° muco-pus dans le cul-de-sac du bulbe ; 3° sensibilité exagérée de la portion membraneuse ; 4° sécrétion abondante dans l'arrière-canal. — Miction en deux verres : un peu de pus dans le premier, rien dans le second. — Prostate et vésicules séminales normales et non douloureuses.

Instillations de nitrate d'argent au 50° dans les deux urèthres, tous les deux jours.

2 juillet. — Peu d'amélioration.

19 juillet. — L'écoulement est très peu épais ; il ne sort plus spontanément du canal, et il faut presser sur la verge pour en amener une goutte au méat. — Disparition de la fréquence des mictions.

30 juillet. — Le malade est encore en traitement : il ne voit plus qu'une goutte claire et incolore le matin.

OBSERVATION LXXXII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Cystite un mois après le début de la blennorrhagie, à la suite d'injections. — Actuellement ni cystite ni prostatite. — Instillations de nitrate d'argent qu'on est obligé de cesser. — Amélioration notable (Tub ?)

Wen... Émile, 31 ans, employé, venu le 8 juin 1882, dans la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker. Antécédents héréditaires tuberculeux ; rien, personnellement.

En 1879, première et unique blennorrhagie, traitée d'abord par les balsamiques, puis au bout d'un mois par des injections variées : à la suite, cystite très intense avec hématuries. — Au bout de deux mois et demi, la période aiguë se calme ; mais, écoulement blanc-jaunâtre à tous les moments de la journée, et, pendant près d'une année, les mictions restent assez fréquentes et douloureuses à la fin.

Il y a 8 mois, pour tarir le suintement urétral, le malade consulte un médecin, qui diagnostique un rétrécissement et qui pratique, pendant plusieurs semaines, la dilatation progressive jusqu'à la bougie n° 20. Dans le cours de ce traitement, les mictions redeviennent un peu fréquentes, et l'écoulement loin de se tarir semble augmenter ; il est actuellement un peu jaune, survient le matin au réveil, dans la journée, et n'est pas augmenté par les efforts de défécation. Pas de douleurs en finissant d'uriner.

Canal absolument libre ; muco-pus aussi bien en avant qu'en arrière du sphincter membraneux ; tout l'urètre postérieur est sensible au passage de la boule exploratrice n° 19. — La prostate n'est douloureuse en aucun point, elle n'a pas changé de volume ni de consistance, non plus que les vésicules séminales. En faisant uriner le malade en deux verres, on constate que le premier jet d'urine seul est légèrement trouble.

Instillations de nitrate d'argent au 50° : 40 gouttes dans l'urè-

thre profond et 5 gouttes en avant; on les commence le 8 juin, et on les renouvellera tous les deux jours.

A la quatrième instillation (15 juin), douleurs très vives à la fin de la miction et hématuries. On cesse les instillations pendant quelques jours et on les reprend le 22 juin.

Le 4 juillet (11^e instillation), les mêmes accidents reparaissent plus marqués encore que la première fois. — On supprime définitivement les instillations et on prescrit : capsules de térébenthine et d'essence de santal, bains sulfureux.

Le malade revient dans les derniers jours du mois juillet, sur le point de se marier: les accidents aigus d'uréthro-cystite ont disparu, il ne reste qu'un écoulement insignifiant (goutte incolore). Légères injections aux trois sulfates.

(J'ai raconté la fin de l'histoire de ce malade dans le chapitre VI.)

OBSERVATION LXXXIII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Pas de cystite ni de prostatite. — Instillations de nitrate d'argent au 50^e. — Guérison.

Viz..., Joseph, 35 ans, serrurier, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent le 23 juin 1882.

Enfance et adolescence malades (?): depuis s'est toujours assez bien porté.

Il n'a contracté sa première blennorrhagie qu'il y a 8 mois seulement; période aiguë mal soignée: au bout de 25 jours, injections; alors fréquence très grande des mictions (toutes les 20 minutes), suivies de légères hématuries et de douleurs très intenses. Tout se calme par la térébenthine et le copahu; mais il reste, depuis plusieurs mois, un suintement incolore n'apparaissant que le matin. — Les mictions sont parfois fréquentes, mais seulement d'une façon intermittente (à la suite d'excès de boisson). — Pas de douleurs.

Un explorateur à boule n° 18 parcourt facilement le canal ; il ramène du cul-de-sac du bulbe, et surtout de l'urèthre postérieur, qui est légèrement douloureux, une sécrétion blanchâtre peu abondante. — Muco-pus dans le premier verre seulement. — Rien à la prostate ni aux vésicules.

Instillations de nitrate d'argent au 50°, antérieures et postérieures, tous les deux jours.

20 juillet (18^e instillation). Le suintement uréthral est à peine appréciable ; le premier jet d'urine est très légèrement trouble. — Le malade urine 4 ou 5 fois par 24 heures ; il viendra dorénavant tous les jours à l'hôpital.

31 juillet — Guérison complète.

OBSERVATION LXXXIV

(PERSONNELLE)

Uréthrite chronique postérieure et antérieure : devenue postérieure à la suite de cathétérisme. — Pas de cystite ni de prostatite. — Amélioration très notable par les instillations de nitrate d'argent.

Com... Louis, 27 ans, cordonnier, entre dans le service de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 1, le 24 juin 1882.

Pas d'antécédents appréciables.

Première blennorrhagie, il y a 11 mois ; au bout d'un mois l'écoulement devient blanchâtre et moins opaque, mais il n'avait pas complètement cessé, lorsqu'il y a un mois et demi, à plusieurs reprises, on passe des bougies à ce malade.

Quelques jours après, fréquence et douleur des mictions ; il aurait même rendu du sang par le canal ; mais, vu l'insuffisance des réponses de ce malade, on ne peut savoir si ce sang est venu à la fin des mictions, ou pendant les séances de dilatation. — Depuis lors, l'écoulement a augmenté ; il est devenu moins transparent, puis purulent : souffrances vives en urinant ; peu de fréquence des mictions.

Étroitesse congénitale du méat ; le reste du canal est libre. —

Uréthrite à la fois antérieure et postérieure. — Mucosités blanchâtres dans le premier verre seul. — Toucher rectal négatif. —

Les instillations de nitrate d'argent (solution au 50^e), sont pratiquées tous les jours dans les deux urèthres.

L'amélioration était déjà très sensible, quand le malade est obligé de quitter l'hôpital, dans les premiers jours de juillet, avant guérison complète.

OBSERVATION LXXXV

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Au début, cystite spontanée; puis orchite double à la suite d'injections. — Ni cystite ni prostatite actuelles. — Instillations de nitrate d'argent non suivies : résultats incomplets.

Cour... Eugène, 20 ans, dessinateur, vient le 27 juin 1882, consulter dans la salle Saint-Vincent.

Fortes présomptions de tuberculose.

Première et unique blennorrhagie le 1^{er} novembre 1881 : vers le neuf ou dixième jour, cystite très intense avec hématuries, sans qu'il y ait eu ni injections ni cathétérisme : elle dure plusieurs semaines. — Au mois de janvier, l'écoulement avait beaucoup diminué; les mictions n'étaient presque plus douloureuses ni fréquentes : injections au sulfate de zinc. Alors, recrudescence des phénomènes de cystite, et orchite double dont le malade conserve encore les traces.

Depuis cette époque, l'écoulement est réduit à une goutte opaline apparaissant le matin, et suivie de quelques autres dans la journée; un peu de fréquence des mictions.

Canal libre : écoulement dans les deux urèthres, surtout dans le second, qui est douloureux. — Premier verre d'urine, seul chargé de pus. — Prostate un peu grosse pour l'âge du malade, et vésicules séminales bosselées, indurées et douloureuses à la pression. — On avait commencé les instillations de nitrate d'argent; mais après quelques-unes le malade n'est plus revenu à l'hôpital.

OBSERVATION LXXXVI

(PERSONNELLE).

Urétrhrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Autrefois cystite et orchite à la suite d'injections. — Ni cystite ni prostatite actuelles. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison.

Den... Joseph, 22 ans, tapissier, vient le 8 juillet 1882, dans la salle Saint-Vincent.

Première blennorrhagie il y a 10 mois : injections au bout d'une dizaine de jours : cystite très aiguë et orchite qui mettent plusieurs semaines à disparaître. Mais l'écoulement persiste en se modifiant peu à peu : il est maintenant incolore (2 ou 3 gouttes par jour); un peu de fréquence des mictions (8 ou 9 par 24 heures.)

Pas de rétrécissement; sécrétions dans les deux urèthres. — Urines du premier jet un peu troubles; le reste est limpide. — Rien par le toucher rectal. — Guérison en 3 semaines par les instillations de nitrate d'argent.

OBSERVATION LXXXVII

(PERSONNELLE).

Urétrhrite chronique postérieure et antérieure. — Fréquence des mictions. — Soupçons de tuberculose. — Pas de cystite ni de prostatite appréciables. — Instillations de nitrate d'argent (Solution au 50^e) antérieures et postérieures. — Guérison complète en un mois.

Cour... Hilaire, 23 ans, lampiste, vient consulter dans la salle Saint-Vincent le 26 juin 1882.

A la suite d'une bronchite qui a duré plusieurs mois, en 1880, le malade a craché du sang, et ces accidents se sont renouvelés à plusieurs reprises; essoufflement facile; amaigrissement, sueurs

nocturnes; mais pas de signes stéthoscopiques de tuberculose.

Première blennorrhagie à l'âge de 17 ans, accompagnée d'orchite spontanée : elle dure 6 mois.

Seconde blennorrhagie il y a près de 2 ans, sans complications. A la fin de l'année dernière il ne voyait plus qu'un suintement léger, très clair. Mais, à la suite d'excès, l'écoulement reparaît, jaunâtre, assez abondant, mais sans douleurs; peu à peu il s'est de nouveau réduit à quelques gouttes blanchâtres dans les 24 heures. Pas de troubles de la miction, sinon un peu de fréquence par moments.

Par l'exploration du canal on constate : 1° pas de rétrécissement; 2° muco-pus dans les deux urèthres; 3° sensibilité très vive de la région membrano-prostatique. — Toucher rectal : prostate et vésicules séminales un peu augmentées de volume et légèrement sensibles. — Mucosités seulement dans le premier verre.

Aux instillations de nitrate d'argent au 50° (antérieures et postérieures) pratiquées tous les deux jours, on adjoint un traitement général approprié et, à la fin de juillet, la guérison est complète.

OBSERVATION LXXXVIII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite déterminée, le passage des bougies. — Instillations de nitrate d'argent (malade actuellement encore en traitement).

Puy... Prosper, 20 ans, tailleur, venu le 28 juin 1882 à la consultation de la salle Saint-Vincent à l'hôpital Necker.

Manifestations strumeuses dans l'enfance; rhumatisme articulaire à l'âge de treize ans.

Première blennorrhagie en 1879 : elle dure deux mois seulement.

Deuxième chaudepisse il y a trois mois : écoulement peu abondant, pas de douleurs eu urinant (copahu et cubèbe).

Samedi dernier (24 juin), on lui conseille la dilatation du

canal pour tarir son écoulement : une bougie n° 25 passe facilement. Dès le lendemain, envies d'uriner très fréquentes, sang et douleur à la fin des mictions.

A l'aide d'un explorateur n° 18, on ramène des sécrétions purulentes des deux urèthres. — Douleurs vives dans toute la traversée de l'urèthre membrano-prostatique et au col vésical.

En faisant uriner le malade dans trois verres, on constate que le premier contient un peu de pus, que le second n'en renferme pas, et que le troisième en laisse déposer une quantité considérable.

Toucher rectal négatif.

On commence de suite les instillations de nitrate d'argent au 50° : 15 gouttes dans l'urèthre profond et au col, 5 gouttes à la région bulbeuse; on les continuera tous les deux jours. — Térébenthine.

10 juillet (5° instillation). — Les mictions sont beaucoup moins fréquentes, et surtout moins douloureuses; l'écoulement est peu modifié.

17 juillet (8° instillation). — Légère recrudescence, le malade s'est beaucoup fatigué les jours précédents.

24 juillet (13° instillation). — Amélioration très notable.

31 juillet. — Goutte matinale incolore. Miction et urines normales.

OBSERVATION LXXXIX

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite. — Pas de prostatite. — Guérison en un mois par des instillations de nitrate d'argent.

M. X... 24 ans, entre à la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu; le 2 juin 1882. Tempérament nerveux, mais bonne santé habituelle : pas d'antécédents pathologiques ni personnels, ni héréditaires.

Il n'avait jamais eu de blennorrhagie, quand, il y a 6 mois,

(au commencement de décembre, il remarqua, huit jours après deux coïts difficiles, un léger suintement urétral incolore et indolent. Quelques jours après, érections douloureuses la nuit. Ces symptômes durent environ une quinzaine et disparaissent totalement sous la seule influence des capsules de santal.

Au bout de sept semaines, deux rapports sexuels (les premiers depuis le précédent écoulement). Trois jours après, écoulement blennorrhagique vrai. Le surlendemain, injections de sulfate de zinc et injections Ricord (3 ou 4 par jour), poussées énergiquement dans le canal. Pendant 8 jours ces injections sont faites régulièrement; au bout de ce temps, le malade commence à éprouver : pesanteurs hypogastriques, douleurs dans les aines, sensation de chaleur cuisante à la fin de la miction (lait, cataplasmes, repos absolu au lit), puis bientôt, envies d'uriner fréquentes et extrêmement douloureuses en finissant. Après s'être continués pendant près de trois semaines, ces symptômes s'amendèrent par la térébenthine; mais l'écoulement n'avait pas été modifié : il était toujours jaune-verdâtre.

Depuis la fin d'avril, il est devenu blanchâtre, et il est réduit à 5 ou 6 gouttes par 24 heures; en outre, les mictions sont restées un peu fréquentes (7 ou 8 par jour) : le premier jet d'urine est légèrement trouble, puis l'urine s'éclaircit et les dernières gouttes sont franchement purulentes.

Le canal est libre (explorateur n° 18) : l'écoulement est à la fois antérieur et postérieur. — L'épreuve des deux verres confirme les caractères de l'urine indiqués plus haut. — La prostate et les vésicules séminales sont saines et ne sont douloureuses en aucun point.

Il y a donc en même temps uréthrite chronique antérieure et postérieure et légère cystite sans prostatite.

Traitement : bains sulfureux tous les deux jours, pilules de Blancard, tisane de buchu. — Instillations de nitrate d'argent au 50° tous les deux jours, en avant et en arrière du sphincter urétral.

Le 9 juin, quand mon maître, M. Guyon, veut bien me conduire près de ce malade, celui-ci en est à sa 4^e instillation, et il me dit constater déjà une amélioration très notable.

Dans les premiers jours de juillet, M. Guyon m'apprend que

M. X... vient de quitter la maison de santé absolument guéri.

OBSERVATION XC

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite sans prostatite. — Instillations de nitrate d'argent. — Résultats incomplets. (Peut-être tuberculeuse ?)

Ceu... Gratien, 28 ans, gardien de la paix, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker, le 25 mars 1882.

Antécédents héréditaires nuls : enfance strumeuse.

Première blennorrhagie à 19 ans : trois semaines après le début, injections ; au bout de quelques jours, cystite très intense avec hématuries. Amélioration par les balsamiques. L'écoulement continuait peu abondant : 6 mois après, nouvelle poussée de cystite sur aiguë avec hématuries déterminée, peut-être par des excès de boisson.

En 1875 il devient soldat : les phénomènes cystiques et hématuriques avaient disparu, mais il restait une légère cuisson en urinant, et un suintement incolore toute la journée. — Deux ans sans coït : au bout de ce temps il voit une femme, l'écoulement reparait jaunâtre, et est traité par des tisanes en même temps que par des injections d'alun et de feuilles de noyer. — Quatre ou cinq jours après, cystite très intense avec hématuries qui nécessite son entrée à l'hôpital militaire : il y reste trois mois, prenant de l'eau de goudron, du copahu, de la térébenthine de Venise cuite. Il sort guéri de sa cystite, mais conservant une goutte militaire.

Depuis lors, chaque nouveau rapport sexuel a amené un léger réchauffement de l'écoulement, avec quelques phénomènes cystiques peu intenses et se prolongeant pendant quelques semaines.

La dernière poussée remonte au mois de novembre 1881 et s'est continuée avec quelques alternatives depuis cette époque.

Actuellement il urine une dizaine de fois par 24 heures avec sensation légèrement douloureuse en finissant : l'écoulement est peu abondant et le malade dit qu'il se produit surtout au moment

de l'expulsion des dernières gouttes d'urine. — En effet la miction en deux verres montre le premier jet à peine trouble et le dernier très purulent.

Exploration de l'urèthre : canal libre : sécrétion dans les deux urèthres (cellules épithéliales et leucocytes très abondants).

Prostate saine, non augmentée de volume, non douloureuse au toucher. La vésicule séminale droite est peut-être un peu suspecte.

Pendant plusieurs mois, ce malade suit le traitement des instillations de nitrate d'argent, mais très irrégulièrement, car ses fonctions fatigantes de gardien de la paix (nuits passées debout au dehors...) l'empêchent de venir d'une façon suivie à l'hôpital.

Nous le perdons de vue à la fin de mai; il est certainement amélioré, mais non guéri.

OBSERVATION XCI

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique, antérieure et postérieure. — Cystite sans prostatite — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison.

Lem... Alexandre, 35 ans, cocher, entre le 3 juin 1882, au n° 22 de la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker.

Il y a 2 ans, première et unique blennorrhagie, traitée dès le début par copahu et injections (3 par jour). — Cystite rapide, au bout de 3 mois le malade consulte le Dr Julien, qui prescrit de la térébenthine. Comme il aurait eu en même temps, diagnostiquée par M. Le Dentu, une prostatite, on lui applique des vésicatoires et on le met au lait.

Depuis lors (mars 1881), les symptômes aigus ont été en s'améliorant; la douleur est presque nulle; il reste un peu de sensation cuisante à la fin des mictions : celles-ci ne sont pas très fréquentes (toutes les 2 heures le jour, une fois ou 2 par nuit). Mais l'écoulement persiste : tantôt jaunâtre, tantôt blanc, à tous les moments de la journée, jamais pendant les efforts de défécation.

Au mois d'avril 1882, les cuissons terminales de la miction avaient disparu complètement, quand à la suite de fatigues, sur-

viennent des hématuries, constituées par quelques gouttes de sang, rendues avec douleur extrêmement violente, à la fin des mictions, qui sont très fréquentes pendant quelques jours. Après une amélioration de plusieurs semaines, ces symptômes de cystite aiguë reparaissent; l'écoulement urétral a un peu augmenté et il est devenu plus jaune.

Un explorateur à boule, n° 48, ramène du pus des deux urèthres. — Examen microscopique : globules blancs, cellules épithéliales, avec microbes : pas de corpuscules prostatiques. — Prostate normale non sensible à la pression : rien aux vésicules séminales. — On fait uriner le malade dans 3 verres : l'urine du premier est légèrement trouble (leucocytes et épithélium); l'urine du second est presque limpide; le troisième verre contient un dépôt nettement purulent.

Le malade est soumis aux instillations de nitrate d'argent (solution au 50°) : 5 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe, 20 gouttes dans l'urèthre postérieur et au col de la vessie. On les répète tous les jours en y adjoignant la térébenthine.

A la 10^e instillation (15 juin), amélioration très sensible : l'écoulement a beaucoup diminué : les urines des deux verres sont à peine troubles : 6 ou 7 mictions par 24 heures, avec très légère sensibilité à la fin.

Cependant il faut encore plus de quinze jours pour obtenir la disparition totale de ces divers phénomènes et c'est seulement le 2 juillet que le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XCII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite : pas de prostatite. — Instillations de nitrate d'argent : pas de résultat. (Tuberculose?).

Bon... Louis, 25 ans, boulanger, entre le 30 janvier 1882, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 28, à l'hôpital Necker.

Enfance manifestement strumeuse : depuis l'âge de 16 ans il

est boulanger, et n'a plus été depuis lors, paraît-il, aussi vigoureux qu'auparavant. Très sujet aux bronchites, il aurait même eu, il y a 2 ans, une fluxion de poitrine pendant laquelle il cracha du sang.

Blennorrhagie (la seule) en décembre 1880, soignée seulement au bout d'un mois et demi par des injections. Après quelques jours de ce traitement, fréquence des mictions et orchite droite qui dure 3 semaines. Pendant deux mois il va à la consultation de l'hôpital du Midi, où on lui fait prendre du cubèbe : les phénomènes aigus s'apaisent, mais il reste une petite goutte muqueuse qui apparaît le matin et quelquefois dans la journée dans l'intervalle des mictions, mais seulement quand le malade presse sa verge d'arrière en avant en commençant au périnée.

Au mois de juillet 1881, apparition spontanée de douleurs profondes presque continuelles, que le malade localisait au col de la vessie, et qui en effet s'exagéraient très notablement à la fin des mictions; celles-ci étaient devenues plus fréquentes, et l'urine était légèrement purulente à la fin.

Il entre, au mois d'août, dans le service de M. le professeur Guyon, alors suppléé par M. Bouilly; on diagnostique cystite du col et prostatite légère (la prostate était alors, paraît-il, un peu sensible au toucher rectal), et on lui fait tous les deux jours des instillations de nitrate d'argent.

Un peu d'amélioration quand il quitte l'hôpital à la fin d'octobre : diminution des douleurs et de la fréquence des mictions; l'écoulement persiste. — Il reprend son travail pénible de boulanger en novembre, et pendant deux mois il va assez bien. Mais en janvier, sans cause (excès de boisson), il voit ses mictions redevenir fréquentes (toutes les demi-heures), et douloureuses à la fin.

Quand il entre dans le service (30 janvier), nous trouvons le canal libre, quelques mucosités blanchâtres dans la région bulbeuse, plus abondantes dans l'urèthre postérieur qui est sensible au contact de la boucle exploratrice (n° 18) dans toute son étendue. — Par le toucher rectal on sent la prostate normale, non douloureuse, mais les vésicules séminales bosselées indurées et légèrement sensibles. — Dans l'urine, la sécrétion purulente ne vient qu'un peu au commencement de la miction et beaucoup à la fin.

— Auscultation du poumon, négative, quoique le malade ait beaucoup maigri depuis quelque temps, qu'il tousse un peu et qu'il ait des sueurs abondantes la nuit.

Pendant les cinq semaines environ qu'il passe dans le service on lui pratique tous les deux jours une instillation postérieure et antérieure. — Quand il sort, amélioration certaine, mais non guérison complète. Il est permis de songer à un début de tuberculose urinaire.

OBSERVATION XCIII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Cystite. —
Guérison par les instillations de nitrate d'argent.

Bo... Henri, trente-huit ans, peintre, est adressé à M. le professeur Guyon par M. Rendu : il vient consulter dans la salle Saint-Vincent le 29 mars 1882.

Malade nerveux sans diathèse appréciable. — Blennorrhagie unique il y a 5 ans; injections 3 semaines après le début; néanmoins, écoulement jaunâtre abondant qui persiste pendant 3 mois; puis il passe à l'état de goutte matinale; mais le moindre excès de table et surtout de femme en augmente la quantité: il s'accompagne alors d'une sorte de picotement dans la profondeur du canal. — Cet état durait depuis quatre ans et demi quand en novembre dernier, sans cause, les mictions deviennent très fréquentes, douloureuses et sanguinolentes à la fin. Urines sales, paraît-il; les divers traitements suivis jusqu'alors ont été inefficaces.

Canal libre: muco-pus dans les deux urèthres; — prostate paraissant absolument saine ainsi que les vésicules séminales. — Miction en deux verres: premier jet un peu trouble, et le dernier très purulent.

On commence, le 31 mars, les instillations de nitrate d'argent (solution au 50°), 4 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe, 15 gouttes dans l'urèthre profond et au col vésical.

3 avril. — Les deux premières instillations ont augmenté la douleur et l'écoulement : on les continue néanmoins.

17 avril. — Peu d'amélioration ; solution au 25^e ; le malade vient maintenant tous les deux jours à l'hôpital.

Pendant les semaines suivantes, amélioration lente, mais cependant sensible. — C'est seulement dans les premiers jours de juin que les mictions sont redevenues tout à fait normales ; la goutte matinale a disparu depuis 3 semaines environ.

OBSERVATION XCIV

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure. — Prostatite chronique. — Instillations de nitrate d'argent. — Résultat incomplet. — (Tuberculose ?)

Gui... Claude, vingt-huit ans, sellier, nous est adressé par M. le professeur Guyon, pour être soumis à notre observation, le 25 février 1882.

Antécédents héréditaires douteux au point de vue de la tuberculose ; habitude de la masturbation pendant de nombreuses années. — Amaigrissement très notable et troubles laryngés depuis 15 à 18 mois. — Rien aux poumons.

Ce malade a eu il y a 5 ans sa première et unique blennorrhagie : il prétend que la période aiguë aurait duré près d'un an (injections au tannin commencées 8 jours après le début, capsules Mothes, dragées...).

Au bout d'un an l'écoulement devenu blanc consistait en quelques gouttes seulement par 24 heures. Le malade ne s'en inquiète plus et reprend les rapports sexuels malgré la persistance de son suintement uréthral, lorsqu'à la fin de l'été de 1879 il fait des injections ; quelques jours après, fréquence des mictions et orchite droite qui nécessite son séjour à l'hôpital du Midi pendant un mois. Les phénomènes aigus s'apaisent alors et le malade reprend sa vie habituelle, conservant toujours un léger écoulement et urinant de temps en temps un peu plus souvent que de coutume.

En mai 1881, à la suite d'injections, seconde orchite du même côté que la première, et qui après avoir duré 3 semaines laisse après elle une induration et une augmentation de volume notable de l'épididyme droit. En outre, depuis un an, à plusieurs reprises hématuries avec douleurs à la fin des mictions : celles-ci deviennent et restent fréquentes pendant quelques jours, et reprennent bientôt leur chiffre habituel.

Quant à l'écoulement, il est très caractéristique : d'aspect blanc-jaunâtre il présente trois modes d'apparition. Tantôt spontané, il se produit à tous les moments de la journée par une sorte de petite éjaculation dont le malade se rend parfaitement compte, mais sans éprouver de sensation spéciale. Tantôt il apparaît pendant les efforts de la défécation. Enfin, parfois il coïncide avec l'expulsion des dernières gouttes d'urine. Il faut noter ce fait que, dans ces trois consistances, le malade sent que l'issue du liquide a lieu.

Un explorateur à boule trouve très peu de sécrétion dans le cul-de-sac bulbaire ; mais en pénétrant dans la région membraneuse, il provoque une sensation assez douloureuse, qui se prolonge jusqu'au sphincter vésical : il ramène de ces régions une sécrétion blanc-jaunâtre, épaisse et abondante.

Par le toucher rectal on trouve la prostate de consistance inégale et surtout douloureuse à la pression : celle-ci fait sourdre par le méat quelques gouttes de l'écoulement signalé ci-dessus. — Les deux vésicules séminales sont bosselées, indurées, grosses et douloureuses.

Le liquide, examiné au microscope, semble constitué presque exclusivement par de l'humeur prostatique avec ses granulations à centre clair et à bords foncés : cellules épithéliales polymorphes, et surtout leucocytes extrêmement abondants.

On essaie tout d'abord les instillations de nitrate d'argent au 50°, 15 gouttes en arrière et 5 en avant du sphincter urétral.

Le 28 février, le malade revient : l'instillation a été mal supportée en ce sens que, dans les deux jours qui ont suivi, la fréquence des mictions a été augmentée et qu'il s'est produit une sorte de ténisme vésico-rectal fort douloureux. Le premier jour, quelques gouttes de sang ont été rendues à la fin de la miction. On fait uriner le malade en deux verres : ils contiennent l'un et

l'autre un dépôt muco-purulent assez notable. — Seconde instillation.

2 mars. — Le nitrate d'argent n'a pas produit les mêmes phénomènes que la première fois : le malade prétend que l'écoulement a un peu diminué. Cette fois on le fait uriner en trois verres : le premier contient très peu de pus, l'urine du second est claire et limpide, c'est tout à fait à la fin de la miction que sort du canal une quantité de pus beaucoup plus considérable que celle déposée dans le premier verre.

Une dizaine de fois encore on renouvelle les instillations : au bout d'un mois l'état du malade est exactement le même qu'à sa première visite.

Sur ces entrefaites Gui... disparaît, et reste environ six semaines sans venir à l'hôpital. Quant il revient au bout de ce temps, il nous raconte qu'il vient d'avoir une fluxion de poitrine; en effet, on constate à la base du poumon gauche les signes d'un épanchement pleurétique qui n'est pas encore entièrement résorbé.

S'abstenant de toute intervention locale, on se contente de lui prescrire un régime et un traitement toniques, et notamment des capsules d'huile de foie de morue créosotée.

Ce malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XCV

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure et antérieure très légère. — Prostatite chronique. — Instillations de nitrate d'argent. — Guérison au bout de 3 mois 1/2 de traitement.

Et... Théophile, 31 ans, mécanicien, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent, le 10 mars 1882.

Pas d'antécédents à noter, sauf sa première blennorrhagie à l'âge de 21 ans, qui a guéri très vite et sans complications d'aucune sorte.

La deuxième a été contractée il y a environ un an et demi :

la période inflammatoire n'était pas terminée, quand furent pratiquées des injections (pierre divine). La petite seringue de verre habituelle était injectée d'un seul coup. Aucun accident ne se déclara d'abord, sauf un peu de fréquence des mictions. Mais l'écoulement qui avait graduellement diminué se trouva réduit, au bout de quelques semaines, à une goutte claire et incolore, suintant le matin avant la première miction. En outre, dans la journée, quelques gouttes blanchâtres arrivaient tout à coup au méat, mais c'est surtout quand le malade allait à la selle que se produisait cet écoulement. Depuis lors, ces phénomènes ont continué dans cet état, avec quelques périodes d'aggravation et d'amélioration. Un fait important à noter, c'est que lorsqu'il se produisait une recrudescence dans la fréquence des mictions, cette fréquence se manifestait la nuit principalement : le malade urinait 5 à 6 fois dans le jour, 9 à 10 fois dans la nuit. Ces poussées aiguës ont toujours succédé à quelque excès.

La boule d'un explorateur (n° 18) parcourt facilement tout l'urèthre antérieur : mucosités sans importance. Elle détermine dans l'urèthre profond, une sensation douloureuse, qui se transforme en un besoin d'uriner très impérieux : très peu de sécrétion dans l'urèthre postérieur.

Mais, en pressant sur la prostate par le toucher rectal, on détermine l'apparition au méat d'un liquide assez épais et crémeux, la prostate semble augmentée de volume ; elle est douloureuse sur toute la surface, peut-être un peu plus à droite qu'à gauche ; pas de changement de consistance à signaler. — Vésicules séminales saines.

Examiné au microscope le liquide de l'écoulement renferme les éléments de la sécrétion prostatique, avec une prédominance assez marquée des leucocytes.

L'épreuve de la miction en deux verres, montre un dépôt beaucoup plus abondant dans le premier verre que dans le second.

— Urines acides.

Instillations de nitrate d'argent (solution au 50°) : 15 gouttes dans l'urèthre postérieur, 3 ou 4 gouttes dans l'urèthre antérieur. — Lavements opiacés le soir, lavements à l'eau de guimauve le matin. — Bains de siège froids.

Dans les premiers jours d'avril, le malade a déjà eu une

quinzaine d'instillations : pas d'amélioration sensible. — On emploie la solution de nitrate d'argent au 25°.

A la fin d'avril, la fréquence nocturne des mictions, qui avait notablement diminué reparaît : la prostate, par le toucher rectal semble plus volumineuse et surtout plus douloureuse à la pression (le malade avoue avoir plusieurs fois pratiqué le coït, pendant ces jours derniers). — Suppositoires morphinés (1 centigramme de morphine pour 2 grammes de beurre de cacao, un chaque soir). — Continuation des instillations.

Ce traitement est poursuivi pendant tout le mois de mai. — Diminution considérable de l'écoulement : la goutte matinale a disparu, et c'est seulement tous les trois ou quatre jours que le malade perd un peu de liquide blanchâtre en allant à la garde-robe.

Au commencement de juin on ne fait plus que deux instillations par semaine : l'amélioration continue et, dans les derniers jours du mois, le malade peut être considéré comme guéri, en ce sens que, depuis une quinzaine de jours, il n'a pas vu d'écoulement ni pendant la défécation, ni à un autre moment, et que la prostate n'est aucunement sensible au doigt qui la touche.

OBSERVATION XCVI

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure. — Prostatite chronique. — Instillation de nitrate d'argent. — Amélioration.

M. B... 26 ans, nous est adressé par notre ami Linéhard, interne en pharmacie du service de M. le professeur Guyon, le 28 avril 1882.

Bonne santé habituelle pendant l'enfance et l'adolescence; cependant la constitution paraît peu robuste.

Blennorrhagie (la première) à la fin de 1877 : période aiguë pendant une quinzaine de jours, traitée par le copahu d'abord, puis par des injections de sulfate d'alumine. Trois semaines environ après le début, sans qu'il y ait eu de fréquence des

mictions, l'écoulement devint blanchâtre et apparaissait à plusieurs reprises dans la journée ; il augmentait après les rapports sexuels, mais depuis cette époque, il a persisté malgré les balsamiques et différentes injections.

En octobre 1881, M. Le Dentu à l'hôpital St-Louis diagnostique : prostatite chronique, et prescrit des instillations de nitrate d'argent au 50° tous les deux jours, dans la portion prostatique de l'urèthre. Ce traitement est continué, avec quelque irrégularité il est vrai pendant un mois environ : le malade retourne en province sans amélioration, c'est-à-dire, affecté d'un écoulement de liquide blanchâtre, se produisant à différentes reprises dans la journée, et spécialement au moment de la défécation.

C'est avec ces symptômes qu'il se présente à nous le 28 avril : ajoutons-y cependant quelques pesanteurs et picotements au périnée.

Canal libre : un peu de muco-pus dans le cul-de-sac du bulbe : sécrétion blanchâtre dans l'urèthre postérieur (au microscope, liquide prostatique, presque normal.)

Prostate un peu sensible, mais non douloureuse : la pression de cette glande ne fait sourdre aucun liquide au méat. Vésicules séminales indemnes.

Léger dépôt muco-purulent dans le premier verre ; rien dans le second.

Instillations de nitrate d'argent (40 gouttes dans la région prostatique, 3 gouttes dans le cul-de-sac bulbaire) tous les deux jours, avec la solution au 50°.

Au bout de quelques jours l'écoulement spontané a cessé ; il ne reste plus que celui qui est provoqué par la défécation.

A partir du 12 mai, on se sert de la solution de nitrate d'argent au 25° pour les instillations profondes.

Malheureusement, à la fin de mai, le malade est obligé de quitter Paris : il a bien voulu nous écrire, le 4 juillet, que l'écoulement n'avait pas reparu, mais qu'il rendait toujours par le méat 2 ou 3 gouttes blanchâtres en allant à la selle.

OBSERVATION XCVII

(PERSONNELLE).

Uréthrite chronique postérieure. — Cystite et prostatite chroniques.
— Instillations de nitrate d'argent. — Pas de résultat. — Tuberculose (?)

Ma.... Joseph, 35 ans, homme de peine, venu le 23 juin 1882, à la consultation des voies urinaires, salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker.

Antécédents héréditaires tuberculeux. A contracté plusieurs bronchites qui ont toujours été longues à guérir.

Première chaudepisse il y a 6 mois : quelques jours après le début, injection à la suite desquelles apparaissent des phénomènes de cystite (mictions fréquentes, douloureuses à la fin et suivies de l'écoulement de quelques gouttes de sang...). Ces symptômes n'auraient pas duré plus d'une quinzaine de jours. Cependant, par moments, cette fréquence des mictions reparait aussi bien la nuit que le jour.

L'écoulement n'a pas cessé depuis 6 mois; spontané, il est réduit à très peu de chose; mais quand le malade va à la garde-robe, ou parfois, lorsqu'il finit d'uriner, il observe l'issue par le canal, de quelques gouttes blanchâtres et assez épaisses.

L'exploration du canal montre que la sécrétion provient seulement de l'urèthre postérieur, qui est sensible au passage de la boule olivaire : envies d'uriner.

La prostate, douloureuse au toucher, est dure irrégulièrement et comme bosselée; la pression qu'on exerce sur elle, avec le doigt, fait arriver jusqu'au méat quelques gouttes blanchâtres. Vésicules séminales indurées et douloureuses.

La miction en deux verres montre que la sécrétion purulente existe surtout à la fin de la miction.

Instillations de nitrate d'argent (solution au 50°), qu'on ne continue que pendant une dizaine de jours, car au bout de ce temps le malade ne revient plus.

OBSERVATION XCVIII

(PERSONNELLE).

Urétrite chronique postérieure. — Prostatite chronique. — Instillations de nitrate d'argent (solution au 50^e). — Amélioration (malade actuellement encore en traitement).

Her..... Hyacinthe, 31 ans, employé des Postes et Télégraphes, vient à la consultation de la salle Saint-Vincent, le 19 avril 1882.

Pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels dignes d'être notés.

Première et unique blennorrhagie, il y a 12 ans; elle fut peu intense, mais nécessita cependant l'entrée du malade, à l'infirmerie du régiment où il était alors soldat. Au bout d'une dizaine de jours, injections qui déterminent dès le lendemain une orchite gauche, qui dura environ 1 mois. A bout de ce temps, l'écoulement avait presque disparu, et n'était représenté que par une goutte matinale incolore. Cette goutte a persisté pendant plusieurs années et a fini par disparaître.

Depuis cette époque sans avoir contracté de nouvelle blennorrhagie, chaque fois que ce malade voyait une femme, au bout de 2 ou 3 jours il éprouvait quelques légères sensations douloureuses en arrière de la racine des bourses. En même temps, il remarquait que, pendant les efforts de la défécation, sortait par la verge 2 ou 3 gouttes d'un liquide laiteux; cet écoulement durait 3 ou 4 semaines, n'apparaissant jamais que pendant la défécation, puis cessait jusqu'à ce qu'un nouveau coït vint le rappeler. — Il faut noter que, pendant la durée de cet écoulement, les mictions, sans être douloureuses, étaient impérieuses et surtout fréquentes la nuit. — Ces alternatives se reproduisent ainsi depuis près d'une dizaine d'années.

Écoulement insignifiant dans l'urèthre profond : rien dans l'urèthre antérieur. La prostate est douloureuse à la pression sur toute sa surface; elle est volumineuse, sans changement de consistance; la pression fait sourdre au méat le liquide sus-indiqué, qui est de la sécrétion prostatique presque normale (excès de

leucocytes). — Mictions et urines normales. Aucun phénomène douloureux spontané.

Les instillations que le malade a été forcé d'interrompre plusieurs fois n'ont amené qu'une très faible amélioration, aussi se décide-t-il à entrer à l'hôpital Necker, pour y suivre un traitement régulier (fin juillet).

OBSERVATION XCIX

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite postérieure et antérieure. — Phénomènes de cystite. — Pas de prostatite. — Guérison en 40 jours par les instillations de nitrate d'argent au 50°.

Go... Gustave, 23 ans, épicier, entre, le 14 juillet 1879, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, lit n° 10.

Blennorrhagie (première et unique), il y a environ 5 ans. Le malade ne peut fournir aucun renseignement précis sur les nombreux traitements qu'il a suivis jusqu'alors ; en tout cas, il dit avoir fait à plusieurs reprises des injections avec différents liquides.

Après avoir duré 3 ou 4 mois à l'état aigu, sa blennorrhagie au bout de ce temps n'a plus consisté qu'en un suintement habituel, et en douleurs accompagnant surtout la fin de la miction. Celles-ci ne sont pas très fréquentes. Plusieurs fois il a rendu quelques gouttes de sang en finissant d'uriner. Ces symptômes cystiques n'était pas continuels : ils persistaient quelques semaines puis disparaissaient, l'écoulement continuant néanmoins, et revenaient, quelque temps après, toujours à la suite d'excès de boisson ou de coït. Habituellement, les urines sont assez troubles et contiennent de petits filaments blanchâtres.

Exploration du canal : la boule d'un explorateur n° 20 ramène du pus de l'urèthre antérieur, et aussi de l'urèthre postérieur, elle provoque en arrivant à la région membraneuse, une certaine douleur, des envies d'uriner.

Rien à la prostate.

La miction dans les deux verres donne un peu de pus dans le premier, et beaucoup plus dans le second.

19 juillet. — On commence les instillations de nitrate d'argent (solution au 50°), tous les deux jours : 4 gouttes dans l'urèthre antérieur; 10 gouttes dans l'urèthre postérieur.

27 juillet. — Amélioration très sensible : écoulement à peine appréciable, miction non douloureuse, urine presque limpide.

30 juillet. — Le malade a marché et s'est fatigué hier une partie de la journée. Un peu de douleur à la fin des mictions, urine trouble, écoulement plus abondant. Instillations de 15 gouttes en arrière du collet du bulbe.

10 août. — Le malade ne coule presque plus.

24 août. — Tout écoulement a disparu. Miction normale. Exeat.

OBSERVATION C

(EXTRAIT DU TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
DE VOILLEMIER ET LE DENTU, t. II, p. 46).

Urétrite prostatite chronique. — Instillations de nitrate d'argent.
— Guérison à peu près complète.

Un jeune homme de 19 ans, entre, le 19 janvier 1879, dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis. Il est atteint depuis trois ans d'un écoulement purulent, dont le point de départ a été une chaudepisse aiguë; cet écoulement présente les caractères des gonorrhées ordinaires, mais en outre, à peu près une fois par jour, lorsque le malade va à la garde-robe, ou bien quand il vient d'uriner, il s'écoule par le méat une certaine quantité d'un liquide crémeux, que le malade considère comme du sperme.

Le cathétérisme permet de reconnaître un petit rétrécissement valvulaire à 8 centimètres du méat, plus profondément au niveau de la portion membraneuse, et surtout de la prostate, le passage de la bougie à boule provoque une vive douleur; le doigt introduit dans le rectum éveille une certaine souffrance par la pression sur la prostate, mais il n'y a pas d'augmentation

de volume notable. C'est à peine si le lobe droit paraît un peu plus gros.

Le passage de quelques bougies, puis des instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50°, amènent une certaine amélioration; mais le malade sorti de l'hôpital à la fin de mars, y rentre le 26 avril, présentant les mêmes symptômes qu'à sa première entrée, sauf un peu moins d'intensité. Nous l'invitons à recueillir dans un petit tube de verre, le liquide qui s'échappe après la miction. Lactescent et visqueux au moment de son émission, il est le lendemain jaunâtre et fluide. Un dépôt d'apparence muqueuse occupe le fond du tube.

A l'examen microscopique, il est facile de reconnaître que ce liquide tient en suspension un nombre notable de leucocytes provenant peut-être exclusivement du canal, et une très grande quantité de grosses granulations à bords obscurs et à centre clair, tout à fait semblables à celles qui constituent le liquide prostatique normal. Le diamètre de ces granulations réfringente est de huit à dix fois supérieur à celui des leucocytes.

On aperçoit au milieu d'elles quelques corpuscules plus volumineux, beaucoup moins réfringents et d'un aspect jaune clair. Pas un spermatozoaire, ni vivant ni mort, ne se voit au milieu de ces éléments. La masse du liquide l'emporte de beaucoup sur celle des corpuscules figurés.

Ce malade est donc bien atteint de prostatorrhée, et vu l'ensemble des circonstances, il serait bien difficile de ne pas admettre que cette prostatorrhée est d'origine inflammatoire, bien que la prostate ait conservé à peu près ses dimensions normales.

Des instillations quotidiennes de 15 à 20 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 30°, ont amené en six semaines une guérison à peu près complète.

OBSERVATION CI

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON,
PAR MM. JANIN ET DIDTEREEN, EXTERNES).

Uréthrite postérieure et antérieure. — Pas de symptômes vésicaux.
— Prostatite légère. — Guérison par les instillations de nitrate d'argent au 50^e, puis au 25^e et enfin au 10^e.

Hug... Edmond, 23 ans, cuisinier, entré le 5 novembre 1877, salle Saint-Vincent, n° 8 (service de M. le professeur Guyon).

Deux blennorrhagies antérieures, l'une il y a cinq ans, et l'autre deux ans après; elles ont duré chacune quelques semaines seulement, n'ont présenté aucune complication, et ont bien guéri toutes deux sans laisser de traces.

La troisième, qui l'amène actuellement à l'hôpital, a débuté il y a seize mois. Dès le début le malade se fit des injections qui, au bout de quelques jours, déterminèrent une cystite du col très aiguë avec hématuries.

Ce n'est qu'après deux mois de souffrances que les symptômes aigus se calmèrent. Aujourd'hui le malade ne se plaint que d'un écoulement assez épais, apparaissant à tous les moments de la journée, mais principalement, paraît-il, après la marche, la fatigue et surtout pendant les efforts de défécation. Les mictions ne sont ni fréquentes ni douloureuses. Les urines sont, dit-il, assez limpides.

En explorant le canal (explorateur à boule n° 20) on ramène de l'urèthre antérieur, et en particulier du cul-de-sac du bulbe, très peu de sécrétion muco-purulente. La traversée de la portion membraneuse est douloureuse, et de la portion prostatique la boule exploratrice revient chargée d'un liquide plus épais et blanchâtre.

Par le toucher rectal on ne constate qu'un peu de sensibilité de la prostate, mais aucun changement de volume ni de consistance de cet organe.

En faisant uriner le malade dans les deux verres, on voit que

le premier seul contient un peu de pus ; l'urine du second est absolument claire.

Il y a donc un peu d'urétrite chronique antérieure, et une uréthro-prostatite beaucoup plus marquée ; pas d'uréthro-cystite.

Prescriptions : instillations de nitrate d'argent (solutions au 50°), tous les deux jours : 10 gouttes dans la portion prostatique, 3 à 4 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe. — Un bain sulfureux tous les deux jours. Tisane aux bourgeons de sapin.

20 novembre. — On a fait aujourd'hui la septième instillation ; pas de changements appréciables. On emploiera désormais la solution au 25°.

9 décembre. — Écoulement moins abondant et surtout moins épais. L'explorateur à boule ne ramène plus rien de l'urètre profond. Un peu de muco-pus seulement dans le collet du bulbe. On fera désormais à ce niveau, tous les 2 jours, une instillation de 3 à 4 gouttes avec la solution de nitrate d'argent au 10°.

17 décembre. — C'est la 4^e instillation avec la solution au 10° ; l'écoulement a complètement cessé depuis 2 ou 3 jours.

21 décembre. — Exeat, guéri.

OBSERVATION CII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite postérieure et antérieure. — Tuberculose pulmonaire et prostate cystite. — Pas de résultat.

Sut... Rodolphe, 23 ans, mécanicien, entre le 8 juillet 1873, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 4, à l'hôpital Necker.

Blennorrhagie à l'âge de 16 ans qui a duré près d'un an. Depuis cette époque il a toujours souffert en urinant : 8 à 10 mictions par jour. De loin en loin un peu de sang, au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine. Il prétend perdre quelquefois plusieurs gouttes blanchâtres en allant à la selle. Depuis quelques années ce malade s'enrhume facilement tous les hivers, et tousse pendant plusieurs mois ; il aurait eu, à plusieurs reprises,

des filets de sang dans ses crachats. Amaigrissement, sueurs nocturnes, craquements au sommet droit.

Par le toucher rectal, on sent la prostate plus volumineuse qu'à l'état normal, surtout pour l'âge du malade : elle est de consistance inégale, principalement à droite ; de ce côté, la vésicule séminale est manifestement bosselée et indurée.

L'exploration du canal montre qu'il n'existe pas de rétrécissement ; on ramène du muco-pus, aussi bien de la partie postérieure que de la partie antérieure du canal.

10 juillet. — On commence les instillations de nitrate d'argent, en avant et en arrière du collet du bulbe ; mais le malade quitte l'hôpital sur sa demande, le 19 juillet, sans amélioration sensible.

OBSERVATION CIII

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON).

Urétrite postérieure. — Légers rétrécissements péniers et bulbaire (première blennorrhagie 18 ans auparavant). — Rhumatisme. — Tuberculose (?). — Instillations de nitrate d'argent. — Résultat incomplet.

Pro... Emilien, 37 ans, entre le 8 juin 1869, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Guyon, salle Saint-Vincent, lit n° 21.

Blennorrhagie en 1851 ; la seconde en 1867. Dans l'intervalle, en 1863, hydarthrose réitérée des deux genoux. La seconde blennorrhagie s'est accompagnée de prostatite sans suppuration. Injections. — L'écoulement persiste depuis cette époque, avec les alternatives de diminution et d'augmentation.

Actuellement, par le toucher rectal, on trouve la prostate volumineuse et bosselée à droite : elle est indurée en certains points. Vésicules séminales très indurées. Peu de douleur à la pression.

L'explorateur n° 20 passe dans toute l'étendue du canal, avec ressauts en revenant à la région bulbaire et aussi à la région pénienne ; on ramène un peu de mucus de la région prostatique, qui est sensible.

Urines légèrement troubles; un peu de chaleur en urinant; pas d'augmentation de fréquence des mictions.

Tous les deux jours, instillation de nitrate d'argent au 50^e, à la fois en avant et en arrière du collet du bulbe.

Huile de foie de morue; bains de vapeur térébenthinés.

18 juin. — L'écoulement semble moins prononcé.

24 juin. — Recrudescence de l'écoulement. Granulations dans le pharynx (Eau d'Enghien, un verre le matin).

29 juin. — L'écoulement et la cuisson en urinant ont beaucoup diminué.

2 juillet. — L'hydarthrose du genou gauche augmente sans douleurs, mais rapidement.

21 juillet. — Presque plus d'écoulement : les hydarthroses semblent guéries.

28 juillet. — Nouvelle poussée d'hydarthrose à gauche.

Quand le malade sort le 9 août, sur sa demande, l'écoulement est insignifiant, mais existe encore.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLORGE. — De la blennorrhée. *Th. doct.* Paris, 1863.
- AUSPITZ. — De l'inflammation chronique de l'urèthre de l'homme. — *Viertejahresschrift f. Dermat. und Syph.*, 1879, page 1.
- BELL (B). — Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne (1797). *Trad. Bosquillon*, Paris, 1802, t. 1.
- BÉRAUD. — Maladies de la prostate. — *th. agrég.* 1857.
- BONNAMY. — Séméiologie des écoulements uréthraux. — *Th. doct.*, Paris, 1882.
- BOULOUMIÉ. — De la blennorrhée et de son traitement par les insufflations, 1867.
- BOULOUMIÉ. — Pathogénie des maladies de la prostate et prostatite sub-aiguë, 1874.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1824, t. IX.
- BRAME. — Urétrite aiguë et chronique. *Tribune Médicale*, 1877 (page 370).
- BRISSAUD et SEGOND. — Anatomie pathologique des rétrécissements uréthraux. *Gaz hebdomadaire*, 1881, n° 39.
- BRODIE. — Leçons sur les maladies des organes urinaux. *Trad. J. Patron*, Paris, 1845.
- CABY. — Traitement de la blennorrhée par le sous-nitrate de bismuth, *Bull. therap.* 1858.
- CIVIAL (E.). — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaux. Paris, 1850. (2^e édit.).
- CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires, *annot. par P. S. Ségalas*, Paris, 1855.
- COOPER (ASTLEY). — Œuvres chirurgicales, *trad. par Chassaignac et G. Richelot*, Paris, 1837.
- COOPER (SAMUEL). — Traité élémentaire de pathologie chirurgicale, *rad. par Delamarre*, Paris, 1855.
- CULLERIER. — Des affections blennorrhagiques, Paris, 1861.
- DEBAUSSAUX. — Observations d'urétrite rhumatismale. *Mém. de méd. et de chir. milit.*, mars 1878.
- DEMARQUAY. — Atrésie du méat comme cause de blennorrhée. *Gaz. Hôpit.* 1863 (p. 290).
- DESAULT. — Maladies des voies urinaires. *Œuvres chirurg. par X. Bichat*, Paris, 1803, t. III.

- DESCOURS. — De la cystique blennorrhagique et de son traitement. *Th. doct.*, 1881.
- DÉSORMEAUX. — De l'endoscope et de ses applications, Paris, 1865.
- DESRUÈLLES. — Histoire de la blennorrhée uréthrale, Paris, 1854.
- DIDAY. — De l'urétrorrhée. *Arch. gén. de médecine*, 1861.
- DIDAY et DOYON. — Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées, 1876.
- FAUCONNIER. — De l'urétrite chronique simple chez l'homme. *Th. doct.*, Paris, 1877.
- FOURNIER. — Article BLENNORRHAGIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1866.
- FURSTENHEIM. — De la prostatite chronique. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1873, n° 41 et 44.
- GEFFRIER. — Contribution à l'étude de la cystite blennorrhagique. *Revue de chirurgie* (juin 1882).
- GODIN. — De l'urétrite d'origine rhumatismale, *Th. doct.*, Paris, 1879.
- GRISOLLE. — Pathologie interne, t. II.
- GROSS. — De la prostatorrhée. *Philadelph. med. Times*, 29 septembre 1878.
- GUBLER. — Des glandes de Méry et de leurs maladies, *Th. doct.*, Paris, 1849.
- GUÉRIN (ALIDÉE). — De la prostatite sub-aiguë, *Th. doct.*, Paris, 1879.
- GUERLAIN. — De la prostatorrhée et de la prostatite. *Th. doct.*, Paris, 1860.
- GUILLAND. — Manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie. *Th. doct.*, 1876.
- GUYON (FÉLIX). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881.
- HICGUET. — Médication substitutive dans l'urétrite aiguë ou chronique. Paris, 1862.
- HOSPITAL. — De la prostatite chronique. *Th. doct.*, Paris, 1865.
- HUNTER. — Œuvres complètes. *Trad. Richelot*, Paris, 1843, t. II.
- JOUSSEAUME. — Des parasites végétaux de l'homme. *Th. doct.*, Paris, 1862.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, Paris, 1879.
- KRAUS (DE VIENNE). — Maladies de la prostate, *Gaz. Hôp.*, 1872.
- LALLEMAND. — Pertes séminales involontaires, 3 volumes, Paris, 1836-1848.
- LEE (HENRY). — Des écoulements d'origine prostatique. — *Saint-George Hosp. Reports*, vol. VI, 1871-72.
- LERICHE. — Du nitrate d'argent dans les écoulements uréthraux, Lyon, 1844.
- MAGAUD. — De la blennorrhée et de son traitement, Paris, 1847.

- MERCIER. — De l'urétrite chronique : ses causes. *Union médicale*, 1858.
- MONTANIER. — Du traitement de la blennorrhée par les bougies. *Gaz. Hôp.*, 1863.
- MOUGIN. — De l'épididymite caséeuse, *Th. doct.*, Paris, 1873.
- OTIS (de New-York). — Stricture of the Male Urethra, 2^e édition, 1880.
- PAQUET. — Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires, Paris, 1878.
- PARIS. — De la médication topique de l'urèthre, *Th. doct.*, Paris, 1868.
- PÉRIVIER. — De la prostatite chronique, *Th. doct.*, Paris, 1882.
- PHILLIPS (CH). — Traité des maladies des voies urinaires, Paris, 1860.
- PICARD. — Traité des maladies de l'urèthre, de la prostate et de la vessie, 1877-79.
- PIRONDI. — Traité théorique et pratique des maladies des voies urinaires, Paris, 1878.
- POUILLET. — De la blennorrhée chez l'homme, *Th. doct.*, Paris, 1875.
- RELIQUET. — Leçons sur les maladies des voies urinaires. 1^{er} fasc., Paris, 1878.
- ROBERT (MELCHIOR). — Nouveau traité des maladies vénériennes. Paris, 1861.
- ROBIN (CH.). — Leçons sur les humeurs, Paris, 1874 (2^e édition).
- ROLLET. — Art. BLENNORRHAGIE du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- ROLLET. — Des rétrécissements commençants de l'urèthre, *Gaz. hebdomadaire*, 1854.
- SANDS. — Suintement urétral et calibre de l'urèthre. *New-York Medical Journal*, mars 1876.
- SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate, *Th. doct.*, Paris, 1879.
- SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (*Bulletin de la*), t. VII (2^e série), 1867.
- SOCIN (DE BALE). — Maladies de la prostate. *Revue de Pitha et Billroth*, 1875.
- TAPRET. — Étude clinique sur la tuberculose urinaire. *Arch. gén. de méd.*, 1878 et 1879.
- THIAUT. — De l'urétrite sous-muqueuse, *Th. doct.*, Paris, 1870.
- THIRY. — Recherches nouvelles sur les affections blennorrhagiques, 1 vol. in-8, Bruxelles, 1864.
- THOMPSON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1881 (2^e édition).
- VÉDRINE. — Modes de début des tubercules du testicule. *Th. doct.*, Paris, 1873.

VIENNOIS (DE LYON). — Écoulements blennorrhôïdes. Valleix (5^e éd.), Paris, 1866, t. V.

VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies urinaires, 1868, t. I.

VOILLEMIER ET LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires, 1880, t. II.

WILL (OGILVIE). — Remarques cliniques sur la blennorrhée. — *Edinb. Med. Journ.* (avril 1879).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — Considérations anatomo-physiologiques sur l'urèthre de l'homme.....	13
— II. — De la marche de l'uréthrite aiguë.....	28
— III. — Des causes qui déterminent et entretiennent l'uréthrite chronique.....	42
— IV. — Considérations sur les lésions et la nature de l'uréthrite chronique.....	58
— V. — Des symptômes et des variétés cliniques de l'uréthrite chronique.....	71
— VI. — Du pronostic de l'uréthrite chronique.....	97
— VII. — Du diagnostic de l'uréthrite chronique.....	105
— VIII. — Du traitement de l'uréthrite chronique... ..	113
Conclusions.....	141
Observations d'uréthrite chronique antérieure.....	143
Observations d'uréthrite chronique postérieure.....	190
Bibliographie.....	227

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS

sur les diverses branches des sciences médicales.

Anatomie et histologie normale. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Électricité atmosphérique. — Lésions produites par la foudre. — Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine; leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux; leur classification.

Pathologie externe. — Du glaucôme.

Pathologie interne. — Des accidents de la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologique. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — Des amputations de Chopart, de Pirogoff, sous-astragaliennne et sus-malléolaire.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant; caractères de sa pureté. Des glycérolés; leur préparation.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu un empoisonnement que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu par le Président
de la thèse.
F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

MOTTEROZ, Adm. Direct des Imprimeries réunies, B, Puteaux
